

**MANIFESTACIONES BUCALES EN ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS**

TESIS PRESENTADA POR

CLARIBEL LOAIZA DE LEÓN

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, MAYO 2000

DL
09
T(1507)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECANO	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO	Dr. Manuel Miranda Ramírez
VOCAL SEGUNDO	Dr. Luis Barillas Vásquez
VOCAL TERCERO	Dr. César A. Mendizabal Girón
VOCAL CUARTO	Br. Edgar Areano Berganza
VOCAL QUINTO	Br. Sergio Pinzón Cáceres
SECRETARIO	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

DECANO	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO	Dr. Luis Barillas Vásquez
VOCAL SEGUNDO	Dra. Annabella Corzo Marroquín
VOCAL TERCERO	Dra. Cándida Franco Lemus
SECRETARIO	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS TODOPODEROSO.

A MIS PADRES:

Leandro Loaiza
Mercedes de León de Loaiza

A MIS HERMANAS:

María Cristina, Ana Mercedes,
Sara Elizabeth

A MIS SOBRINOS:

Lidia Gabriela, Daniel Josué,
Leandro Alfredo, Ana del Rosario

A MI FAMILIA.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS.

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AL INSTITUTO NORMAL CENTRO AMÉRICA "INCA"

A MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES, EN ESPECIAL A:

Dra. Annabella Corzo Marroquín
Dr. Juan Miguel Larios Obando
Dr. Victor Ernesto Villagrán Colón
Dr. Jorge Luis Villatoro López
Dr. Danilo López Pantoja
Dr. Rodolfo Vargas Gordillo

A:

Licda. Wilman Robles de Rosales

A MIS AMIGOS:

Dra. Teresa Trujillo, Mónica Moreira,
Dr. Ernesto Acosta, Dr. Humberto
Hernández, Ingrid Orozco

A MIS COMPAÑEROS.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter con todo respeto a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado "MANIFESTACIONES BUCALES EN ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS", conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de CIRUJANO DENTISTA.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a la Dra. Annabella Corzo, por su asesoría, al Dr. Victor Ernesto Villagrán Colón, Dr. Jorge Luis Villatoro, por su desinteresada ayuda y colaboración en la realización de la presente investigación, y a vosotros distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, os ruego aceptar las muestras de mi más alta consideración, y respeto.

GRACIAS

ÍNDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
HIPÓTESIS	34
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	35
INDICADORES DE LAS VARIABLES	36
METODOLOGÍA	38
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
LIMITANTES DEL ESTUDIO	61
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
ANEXOS(INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS, FICHAS)	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

SUMARIO

El presente estudio se realizó en el Departamento de Dermatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala, revisando 8,855 expedientes clínicos de los pacientes atendidos tanto en encamamiento como en consulta externa, desde Enero 1,995 a Diciembre 1,999.

Se revisaron características clínicas, edad, sexo, tratamiento efectuado y diagnóstico de las enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales; luego de recopilar datos se procedió a tabularlos y a realizar cuadros y gráficas para la presentación de resultados.

El número de expedientes clínicos revisados fue de 8,855 de los cuales 8,620 no se incluyeron en el estudio por no corresponder al grupo de patologías estudiadas. El número de expedientes clínicos revisados de enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales con alguna asociación a enfermedad sistémica fue de 88 casos correspondiéndole el 38.26%. El número de expedientes clínicos revisados de enfermedades dermatológicas sin manifestaciones bucales con alguna asociación a enfermedad sistémica fue de 142 casos correspondiéndole el 61.74%.

Las enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales que se encontraron con mayor frecuencia en orden descendente son: Queilitis Actínica, Candidosis, Liquen Plano y Eritema Multiforme. El sexo femenino fue el más afectado. El tratamiento más utilizado para casi todos los casos fue la utilización del corticosteroide sistémico en un 25.21% de los casos.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Odontología ha dejado de considerarse exclusivamente una carrera de habilidades técnicas, para ocupar un lugar importante en el campo de las ciencias de la salud. Debido a que el Odontólogo es responsable de la salud bucal del paciente, es imprescindible que posea conocimientos científicos básicos que le permitan hacer exámenes clínicos bucales completos para obtener diagnósticos y tratamientos adecuados. Siendo las enfermedades dermatológicas una parte importante en la patología bucal;(22), el objetivo principal de este trabajo fue encontrar la frecuencia de manifestaciones bucales en una muestra de pacientes con enfermedades dermatológicas del Departamento de Dermatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala. Se revisaron fichas clínicas de pacientes atendidos en el Departamento de Dermatología de este Hospital de Enero de 1995 a Diciembre de 1999.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Guatemala se presentan enfermedades dermatológicas de distinta índole las cuales pueden presentar manifestaciones bucales antes o después de su aparecimiento en la piel y el Odontólogo como miembro importante del equipo de salud juega un papel importante en el diagnóstico de estas lesiones (8).

Considerando lo anterior y para conocer más de las mismas se formularon las siguientes interrogantes:

Cuáles enfermedades dermatológicas presentan manifestaciones bucales?

A qué edad se manifiestan estas lesiones?

Qué sexo es el más afectado.?

Cuál es la localización más frecuente?

Cuál es el tratamiento efectuado?

JUSTIFICACIONES

Para el Odontólogo es de suma importancia reconocer, para su correcto diagnóstico, las dermatosis que exhiben lesiones en las mucosas bucales debido a que hay manifestaciones clínicas en piel que pueden ser precedidas por lesiones bucales, por lo que el presente trabajo se realizó debido a que hay muy poca información en relación a la población guatemalteca, ya que la única información con la que se cuenta proviene de literatura extranjera (22).

Es importante considerar que el presente trabajo será de utilidad para realizar investigaciones posteriores a ésta en otros lugares del país y contribuir a la docencia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

REVISIÓN DE LITERATURA

ERITEMA MULTIFORME

Sinónimos: Ectodermosis erosivo pluriorificialis, dermatostomatitis.

Eritema multiforme exudativo, síndrome de Steven Johnson: (5,12,20,22,24)

Etiología: múltiples causas, pueden ser precipitado por infecciones virales (Herpes simple), bacteriana, micóticas profundas o protozoarias. A menudo es causado por medicamentos, embarazo, enfermedades del colágeno o el cáncer. En muchos casos las causas son desconocidas. (8,22,24)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es una erupción bilateral simétrica manifestada por múltiples máculo pápulas de color rojo violáceo y de 1-2 centímetros de diámetro. El centro de la lesión se vuelve cianótico formando el "Blanco" característico o lesión en iris.(8,22,24) Anillos concéntricos con varios colores de eritema o cianosis; en el centro de la lesión bien puede formarse una ampolla, existen dos variedades de la enfermedad; una forma máculo vesicular y una forma flictenular severa (Síndrome de Stevens Johnson). Esta última variedad es una forma vesicular febril y hemorrágica que afecta especialmente la mucosa de la boca, ojos y genitales (12,13,19,22). La erupción relativamente común ocurre en personas de todas las edades pero rara vez en lactantes y ancianos. Se encuentran afectadas las superficies extensoras de las extremidades, frente, cuello, y labios, las membranas mucosas se hallan a

menudo afectadas (12,19,22,24). Síndrome de Hipersensibilidad caracterizado por una erupción polimorfa de piel y mucosas se asocia con gran número de infecciones del colágeno, hipersensibilidad a fármacos. (12,22,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

Las lesiones bucales más comunes son las de la encía, las lesiones mucosas también tienen naturaleza vesiculobuloso, pero parece que posee una pared relativamente gruesa, y pueden persistir por 24 horas antes de la ruptura y la descamación, la encía con frecuencia manifiesta eritema persistente por semanas e incluso después de que han sanado las erosiones originales. (22,24) las lesiones se desarrollan en general en forma rápida comenzando con un área eritematosa en la que se forman vesículas que se rompen y rápidamente se ulceran. Durante la formación de la lesión el paciente puede quejarse de sialorrea y disfagia (8,22) No es infrecuente que las lesiones bucales precedan a las otras, a menudo comenzando durante el período prodrómico que pueden recordar una infección respiratoria común. (22).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los vasos sanguíneos se encuentran dilatados y rodeados de un infiltrado celular, existe edema marcado. Se hallan presentes ampollas generalmente subepidérmicas. (1)

TRATAMIENTO EN BOCA

La forma grave requiere tratamiento sistémico con esteroides. Las principales preocupaciones del paciente suelen ser el dolor y la incapacidad de comer y beber. La disminución de ingesta de alimentos puede conducir a deshidratación para lo cual el paciente deberá de ser hidratado, por medio intravenoso o por medio oral. El tratamiento dirigido a los síntomas incluye anestésicos tópicos, lavados bucales neutros y cambiar a una dieta líquida blanda. Se debe evitar los lavados bucales que contengan alcohol y los traumatismos de la mucosa. (12,13,22,24).

TRATAMIENTO EN PIEL

Tópico intralesional o sistémico con corticoesteroides. Los antihistamínicos, saliscilatos y otros agentes antiinflamatorios no esteroides tienen poco impacto sobre la evolución pero pueden estar indicados en ciertos casos se puede administrar prednisona en dosis inicial de 50 a 80 mgs por un día tratar los casos más severos. Tratar de mantener al paciente en buen estado hidroelectrolítico. (12,13,19,22,24).

PSORIASIS

Sinónimos: Lepra alfos, psoriasis vulgar.

Etiología: Desconocida, se cree que la enfermedad sea determinada genéticamente, factores endócrinos o climáticos, infecciones, estrés emocional e ingestión excesiva de alcohol. (3,12,15,21,24,25)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La psoriasis comienza como pápulas o mácula pequeña rojiza cubierta de fina escama cenicienta. A medida que las lesiones aumentan de tamaño se vuelven más escamosas y pueden coalescer entre si formando placas irregulares de bordes geográficos policíclicos. Las lesiones están bien delineadas por un borde bien definido, y se levantan de la piel adyacente haciéndose fácilmente palpables. Las escamas son característicamente secas y de color ceniciento. Las lesiones pueden sanar en el centro formando anillos o aparecen en una configuración linear a lo largo de un rasguño o exfoliación (Fenómeno de Koebner). En casos severos la erupción puede hacerse generalizada. Los sitios de erupción son generalmente simétricos, los sitios preferidos son: la parte extensora de las rodillas y codos, espinillas, cuero cabelludo, región lumbo sacra y ombligo pero puede afectar cualquier parte del tronco. Generalmente aparece durante la adolescencia, es rara en la infancia y en la edad avanzada. Afecta igualmente a ambos sexos, la incidencia familiar es alta, es más frecuente en climas templados. (2,6,12,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

La psoriasis de la cara y boca es rara. Algunos niegan la existencia de psoriasis oral y creen que se trata de otra entidad pero las lesiones analizadas histológicamente han demostrado el mismo patrón de remisión y exacerbación que las lesiones cutáneas estas lesiones pueden aparecer en mucosas labial, labios, paladar, lengua, encías y suelo de la boca. Su aspecto varía desde placas muy bien delimitadas de color gris blanco amarillento, hasta estrías en forma de anillo (8,15,21,22). También como lesiones escamosas de color blanco brillante de base eritematosa, como erupciones papulares múltiples que pueden estar ulceradas o como pequeñas lesiones papulares elevadas de superficie escamosa. (8,12,21,22).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Entre los cambios se encuentran acantosis, paraqueratosis, ausencia de capa granulomatosa y alargamiento de las papilas dérmicas, con dilatación vascular e inflamación celular ligera. El epitelio que se encuentra sobre las papilas de tejido conectivo se adelgaza y es allí donde ocurre el sangrado cuando se quitan las escamas. (17,25).

TRATAMIENTO EN BOCA

Generalmente las lesiones son asintomáticas y no requieren tratamientos, pero se han registrado casos de bocas dolorosas, sobre todo durante la masticación. Puede observarse un alivio sintomático con anestésicos tópicos. Las inyecciones intralesionales de esteroides elimina-

las lesiones completas, pero no son muy prácticas para las lesiones difusas. Los lavados neutros y la dieta blanda previenen parte del malestar bucal. (13,14,18,21).

TRATAMIENTO EN PIEL

Para las lesiones crónicas los corticoesteroides tópicos preferiblemente bajo vendajes oclusivos) el ácido salicílico, la antralina y los alquitranes en ungüentos son de gran utilidad. La asociación del alquitrán y de luz ultravioleta es particularmente efectiva. Los medicamentos sistémicos como corticosteroides y metotrexato no deberían emplearse en el manejo rutinario de la psoriasis. (22,24,25). La combinación de luz ultravioleta y calcipotriol es un tratamiento seguro y muy efectivo para tratar placas crónicas de psoriasis. (3).

LIQUEN PLANO

Sinónimos: Liquen de Willian, Liquen Ruber plano o Liquen de Wilson (9,19,26)

Etiología: Desconocida, ocurre frecuentemente en personas bajo estrés emocional, erupciones parecidas al Liquen plano pueden ser causadas por medicamentos (sales de oro, quinacrina) o por contacto con soluciones de revelado de películas de colores. Se han encontrado hallazgos ocasionales de inmunoglobulinas en la interface dermoepidérmica ha conducido a la hipótesis de una patogénica inmunitaria, otra de las causas es el traumatismo. (12,22,24,26).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Erupción bilateral usualmente en forma simétrica formada por pápulas aplanadas, poligonales de color morado brillante de 1 a 2mm de diámetro. La superficie puede mostrar estrías tenues (estrías de Wickham). La confluencia de lesiones forma placas anulares y lineales. Estas ultimas aparecen más a menudo sobre rasguños (fenómeno de Koebner). Puede también presentarse pápulas redondas acumuladas. La mucosa de la boca, vagina y glande puede mostrar manchas y estrías de color ceniciento. (12,22,24,).

El prurito es a menudo severo. pero puede ser poco frecuente. Su localización se ubica en la superficie anterior de muñecas y antebrazos, aspecto anterointerno de muslos, pantorrillas y tobillos, abdomen y región lumbar, las lesiones en la mucosa aparecen en gran numero de los casos. (12,12,22,24). La incidencia de la enfermedad es relativamente común que ocurre generalmente entre los 30 y 60 años. Ocurre preferentemente en el sexo femenino, (11,12,24) muchos pacientes se presentan con lesiones bucales sin afectar piel. (5,11,12,15).

MANIFESTACIONES BUCALES

La cavidad oral presenta un aspecto clínico algo diferente al que se presenta en la piel. El tipo reticular se caracteriza por lesiones que consisten en pápulas semejantes a hebras aterciopeladas de color gris o blanco, radiadas que presentan una orientación lineal, sobre la mucosa bucal se forman parches reticulares y en menor extensión sobre los labios, lengua y

paladar. Esta línea se denomina estrías de Wickham. Esta es la forma más frecuente y también en la que presenta mayor grado de resolución espontánea. (12,13,18,21). Una forma más grave es la erosivo vesicular. Estos pacientes deben revisarse más a menudo por su mayor sintomatología, que incluye dolor y malestar. El tipo erosivo aparece como una mucosa ulcerativa a menudo rodeada por estrías; en cambio en el tipo ampollar aparecen pequeñas ampollas o vesículas que van de centímetro a milímetro: estas pueden romperse y dejar una erosión desnuda o roja de forma y tamaño irregular. La principal manifestación suele ser una sensación de quemazón. (12,15,18,20). La localización más frecuente es la mucosa bucal en un 80% generalmente se localiza en la zona que se opone a los molares y en forma bilateral, también en encías, lengua, labios y paladar. También puede presentarse en mucosa bucal la forma hipertrófica como lesión bien circunscrita, elevada de color blanco que semeja una leucoplasia, en dichos casos es necesario tomar biopsia para establecer diagnóstico. (5,12,15,20).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Hiperparaqueratosis o hiperortoqueratosis con engrosamiento de la capa granular en ocasiones con adema intracelular de las células espinosas, el desarrollo de un aspecto de "Diente aserrado" de las espigas, degeneración por necrosis o licuefacción de la capa basal de las células infiltración por linfocitos y células plasmáticas ocasionales dentro de la capa subepitelial de tejido conectivo, con frecuencia existen en el epitelio cuerpos coloides también llamados cuerpos civatte en su mayor parte en las capas de células espinosas y basales. (17,22,24).

TRATAMIENTO EN BOCA

Para la forma atrófica y erosiva puede obtenerse alivio sintomático con anestésicos tópicos, esto incluye una pomada de lidocaína tópica o un lavado acuoso de difenhidramina. Se recomienda el uso de enjuagues neutros (Bicarbonato) y evitar las soluciones alcohólicas. Uno de los tratamientos mejores son los esteroides tópicos sobre todo fluccinonida, este esteroide tópico puede aplicarse como pomada o gel,. También se han utilizado otros esteroides como la betametasona y triamcinolona. Los esteroides intralesionales son beneficiosos en áreas pequeñas, los enjuagues con esteroides pueden beneficiar a áreas difusas, al igual que el tratamiento sistémico, debido a la posible infección por hongos se ha utilizado el agente antifúngico griseofulvina. Hay que reforzar la higiene bucal sobre todo cuando existen lesiones gingivales, el empleo de soluciones de clorhexidina parece promover la higiene bucal y mejorar las lesiones; (12,22). Cryocirugía en lesiones bucales es muy segura, fácil de hacer y es una técnica con costo bajo. El método es utilizar spray de nitrógeno líquido. Los resultados son buenos y la característica de la mucosa bucal es que su humedad y suavidad son un sitio ideal para usar la técnica. (3).

TRATAMIENTO EN PIEL

Corticosteroides y tranquilizantes pueden ser útiles. Corticosteroides bajo vendaje oclusivo son útiles en áreas extensas. (12,22).

LUPUS ERITEMATOSO

El lupus eritematoso se presenta en dos formas básicas: Lupus eritematoso crónico discoide o cutáneo y Lupus eritematoso diseminado, sistémico o visceral, (17,19,21,22). Etiología: Se considera que es una reacción autoinmunitaria de reacción local o sistémica y es considerada una enfermedad del colágeno (17,20,21,22). Se han considerado factores etiológicos e inmunitarios tanto para el lupus eritematoso sistémico como para el discoide, posiblemente como consecuencia de una infección viral (24,25).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El lupus eritematoso sistémico tiene lesiones cutáneas consistentes de parches eritematosos en la cara que se unen para formar un patrón sistémico sobre las mejillas y el puente de la nariz en una llamada distribución de mariposa. También puede afectar cuello, parte superior de los brazos, hombros y dedos. Estas lesiones pueden presentar sensaciones de prurito o de quemaduras. Las manifestaciones de la enfermedad sistémica se refieren a la afección de diversos órganos como el corazón y el riñón, (12,20,22). El lupus Eritematoso Sistémico es un trastorno cutáneo grave,

tiene su inicio aproximadamente a los 30 años de edad en las mujeres y 40 años en los hombres; (20). Existe una marcada predilección por las mujeres 9:1 (20). El lupus discoide presenta lesiones cutáneas, sus características son máculas de color rojo púrpura, ligeramente elevadas, que a menudo están cubiertas con escamas adherentes de color gris o amarillo la forma discoide también puede asumir una distribución en mariposa en las regiones malaras y a través del puente de la nariz, (16,20,21,22,)

El lupus eritematoso discoide, predomina en el tercero y cuarto decenios de la vida; (22,24). También es considerablemente común en las mujeres que en los hombre (22,24). Es una proporción de 4 a 1 (22,24) puede estar afectada cualquier área de la piel, los lugares más frecuentes son: la cara, las mucosas bucales, el tórax, la espalda y las extremidades. (22,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

La mucosa esta afectada en un 25% de los casos de lupus eritematoso discoide, y es un poco más frecuente en la forma sistémica de la enfermedad (21,24) La afección de la boca puede ser antes o después del desarrollo de las lesiones cutáneas e incluso en ausencia de estas (21,24,25). Las lesiones bucales en la forma discoide empiezan como áreas eritematosas, ligeramente elevadas, sin induración con manchas blancas. En ocasiones puede haber una ulceración dolorosa con sangrado, pero sin formación de escamas como se ve en piel. Los márgenes de las lesiones no están muy marcados pero con frecuencia tienen una zona angosta de queratinización. Es común observar estrías blancas radiadas fuera de los márgenes. Estas

lesiones son más comunes en la mucosa bucal, paladar, lengua: (21,22,24,25) El borde del bermellón en particular el inferior es un lugar muy común de presentación de estas lesiones: (21,22,24,25). También se encuentran lesiones bucales, el lupus eritematoso sistémico, que son similares a las del Discoide, excepto que la hiperemia y el edema y la extensión de las lesiones algunas veces son más pronunciadas y puede existir mayor tendencia al sangrado, petequias y ulceraciones superficiales; las cuales están rodeadas por un aro rojo como resultado de telangiectasias: (21,22,24,25).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Hiperqueratosis, atrofia del estrato de Malpihi, degeneración hidrópica de las células basales, infiltrado de células linfáticas con tendencia a colocarse cerca de los apéndices cutáneos, edemas, vasodilatación y extravasación de eritrocitos en la dermis superior. (17,22).

TRATAMIENTO EN BOCA

En lupus eritematoso discoide, si las lesiones orales son dolorosas debe tratarse con esteroides tópicos bajo un apósito oclusivo cuando las lesiones están bien delimitadas puede utilizarse cryocirugía y cirugía convencional, debe evitarse el contacto directo con la luz solar en caso de pacientes con lesiones labiales (22,24,25). Lupus eritematoso sistemático debe de administrársele dosis de antibióticos profilácticos antes de una operación quirúrgica oral, por sus complicaciones sistémicas asociadas al proceso profiláctico y problemas atribuidos a la terapéutica esteroidea. La

leucopenia la disminución de la capacidad fagocitaria de los leucocitos y la acción inmunosupresora de una terapéutica con altas dosis hacen que los pacientes de lupus eritematoso sistémico sean más susceptibles a infecciones. (11,12,19,24,25).

TRATAMIENTO EN PIEL

Esteroides tópicos y parenterales, las dosis de prednisona dependen de la gravedad de la enfermedad, puede combinarse con inmunosupresores cuando los esteroides no son suficientes. Puede darse también antimaláricos y medicamentos antiinflamatorios no esteroides. En ambos tipos se debe evitar la luz solar por que favorece a la recurrencia o empeora el proceso evolutivo, esto se debe a la hiperfotosensibilidad de la piel a la acción de los rayos luminosos. (15,20,22,24).

PÉNFIGO

Es una enfermedad cutánea grave que se caracteriza por la aparición de vesícula y bulas, ampollas de variable tamaño llenas de liquido que se desarrollan en forma cíclica El pénfigo puede ser clasificado en cuatro formas clínicas:

Pénfigo Foliáceo

Pénfigo Eritematoso

Pénfigo Vulgar

Pénfigo Vegetante

Etiología: Es una enfermedad autoinmune que se produce en ella autoanticuerpos contra un antígeno de la superficie de las células epidémicas; tras la interacción de anticuerpos con el antígeno se libera una enzima con actividad proteolítica, factor acantólico del pénfigo que destruye las uniones intercelulares produciendo acantólisis. El penfigo es una enfermedad poco frecuente suele afectar personas en edad media de la vida. (2,12,14,16).

PÉNFIGO FOLIÁCEO Y PÉNFIGO ERITEMATOSO

Se consideran variantes del pénfigo vulgar, epidemiológicamente el pénfigo foliáceo se presenta en todo el mundo sin una prevalencia racial o étnica, aunque es endémicamente en Brasil, donde se conoce como fogo selvagem. Generalmente afecta a adultos de 30 a 60 años de edad, excepto en brasil, en donde se afectan a adolescentes y adultos jóvenes de una familia, sobre todo en mujeres. Comienza local e insidiosamente, por lo general, en el cuero cabelludo, cara y parte posterior del tronco las membranas mucosas no suelen afectarse (2,14,15,16). Histológicamente existe una acantólisis y una subdivisión subcorneal con formación de ampollas altas dentro de la epidermis. En el lugar de formación de ampollas aparecen autoanticuerpos. El pronóstico es bueno, pero la respuesta al tratamiento con corticosteroides no es muy buena en la forma brasileña. El pénfigo eritematoso (Síndrome de Senear-Usher) recuerda clínicamente una mezcla de pénfigo vulgar, dermatitis seborreica, lupus eritematoso. Aparecen lesiones erosionadas, rojas, grasientas y costras, en la zona malar, esternal, cuero cabelludo y en ocasiones en boca. Su curso es más crónico que el

pénfigo vulgar. El pénfigo eritematoso y el pénfigo foliáceo se deben a ampollas intradérmicas asociadas con infiltrado neutrofílico y presencia de muchos eosinófilos. Histológicamente en ambos pénfigos la acantólisis se desarrolla subcornealmente es decir en forma más superficial que en pénfigo vulgar y vegetante. (20,22,24).

PÉNFIGO VULGAR

Sinónimo pénfigo verdadero. (24)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A menudo comienza con una pocas vesículas en la boca, vagina o cuero cabelludo. Después de semanas o meses ampollas aisladas o en grupo pueden aparecer en otras partes del cuerpo, en casi todos los casos las mucosas están afectadas. Las ampollas pueden ser flácidas y pequeñas, a menos que estén infectadas el contenido es claro pero puede ser hemorrágico seropurulento; (22,24,25). Comúnmente ocurre en la edad media, afecta a ambos sexos igualmente, existen mayor susceptibilidad en personas judías. Su etiología es desconocida, se cree que posiblemente es causada por un mecanismo autoinmune. (22).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Las ampollas se desarrollan en la capa espinosa de la epidermis la que muestra células acantóticas características con citoplasma homogéneo. El raspado de la base de las ampollas muestra células acantóticas (prueba de

Tzank) (1).

MANIFESTACIONES BUCALES

Las áreas de erosión son sensibles y dolorosas, las cuales hacen difícil la alimentación, existe pérdida marcada de peso. (22).

TRATAMIENTO EN BOCA

Es generalmente corticosteroides sistémicos aunque los corticoesteroides tópicos pueden ser beneficiosos para pacientes con lesiones graves o cuando la enfermedad se limita ala cavidad bucal. Para conseguir un contacto gingival prolongado los esteroides deben aplicarse por debajo de una férula o prótesis. Los anestésicos tópicos sobre todo los lavados de difenhidreamina acuosa al 0.5% alivian el dolor. Hay que reforzar la higiene con lavados bucales neutros o el uso de peróxidos. La solución de clorhexidina ayuda a reforzar la higiene bucal. (22).

TRATAMIENTO EN PIEL

Altas dosis de corticoesteroides y el tratamiento de mantenimiento puede requerirse indefinidamente las drogas inmunosupresoras solo o en ocasiones con los corticoesteroides son útiles (22).

PÉNFIGO VEGETANTE

Este es una variable del penfigo vulgar caracterizada por vegetaciones

especialmente los pliegues de flexión, generalmente aparece en paciente que muestran una resistencia aumentada al penfigo vulgar; (22,24) su etiología se desconoce. (22,24).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las ampollas son dolorosas se forman y se rompen resultando un área de erosión en donde aparecen proliferaciones papilomatosas con pequeñas pústulas diseminadas características del tipo Neumann las cuales están generalmente rodeadas de una zona de inflamación secundaria en los pliegues entre las vegetaciones formándose un exudado fétido seropurulento; (22,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

Las lesiones bucales aparecen invariablemente durante el curso de la enfermedad y frecuentemente constituye el signo inicial. El tipo Hallopeau (Piodermitis vegetante) presenta pústulas que se vuelven vegetantes en boca y mucosa bucal; (22).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Comienza con cambios idénticos a los del penfigo vulgar, acantólisis y desarrollo de ampollas suprabasales, más tarde aparecen papilomatosis e hiperqueratosis. En la dermis se encuentran grupos de eosinófilos; (1,22).

TRATAMIENTO EN BOCA

Corticoesteroides y anestésicos tópicos y mantener una buena higiene con soluciones de clorhexidina. (22)

TRATAMIENTO EN PIEL

Corticoesteroides sistémicos y drogas inmunosupresoras, deben administrarse también antibióticos sistémicos. Tópicamente las compresas de permanganato de potasio 1: 10,000 son muy útiles. (22).

PENFIGOIDE BULOZO

Sinónimos: Pénfigo flictenular, pénfigo de la vejez, para pénfigo, dermatitis herpetiforme senil; (22,24)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Comienza con una erupción urticarial o eczematosa no específica. Luego aparecen ampollas de gran tamaño de 5 a 7 cm. de diámetro generalmente tensas sobre una base eritematosa. Las mucosas no están afectadas con frecuencia y en estas la afección es tardía leve e indolora.. (22,24). La mayoría de los pacientes son mayores de 60 años, no existe prevalencia racial y ambos sexos están afectados igualmente. (22,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

Se describen como vesículas o áreas de erosión y de ulceración Esta afectada toda la mucosa gingival y gran parte de la encía y es sumamente

doloroso;(22,24) Las lesiones bucales aparecen en un 8-31% de los pacientes, las lesiones cutáneas generalmente son siempre el primer signo; (22). Esta enfermedad crónica no fatal y dolorosa puede recordar las lesiones vesiculoampollares del pénfigo; a diferencia del pénfigo las ampollas presentan paredes más gruesas y permanecen visibles durante más tiempo; las membranas mucosas se desgarran y quedan desnudas y sangran, pero se curan en aproximadamente 2 semanas. Las lesiones gingivales son frecuentes y recuerdan una gingivitis descamativa con aspecto eritematoso. (22).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Las ampollas son subepidérmicas y no existe acantólisis. Pueden encontrarse células inflamatorias ocasionalmente en la cavidad y se localizan autoanticuerpos en la lámina transparente de la membrana basal. (17).

TRATAMIENTO EN BOCA

Corticoterapia sistémica da muy buenos resultados, el metotrexato también da buenos resultados; (12,22,24). Esteroides sistémicos o inyecciones intralesionales. El uso de férulas puede ayudar a mantener en su sitio los esteroides tópicos. La higiene bucal es muy dificultosa y debe ayudarse con esteroides tópicos para controlar las lesiones. Así como con soluciones de peróxido y lavados blandos como bicarbonato. El uso de clorhexidina o lavados de tetraciclina oral pueden ayudar al control de la

infección secundaria. En pacientes con lesiones dolorosas pueden ser beneficiosas los anestésicos tópicos. Hay estudios que demuestran que el mejor esteroide tópico es la pomada de fluocinonida; (22,24).

TRATAMIENTO EN PIEL

Corticoterapia Sistémica da muy buenos resultados, el metotrexato también da buenos resultados (5,12,20,24)

PENFIGOIDE CICATRIZAL

Sinónimos: penfigoide mucomembranoso, benigno, penfigo ocular, penfigoide mucoso.

Etiología: Idiopática y como un proceso autoinmunitario (12,20,24).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Predomina en adultos y en ancianos y afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres, se caracteriza por la formación de ampollas subepidérmicas con tendencia a la cicatrización, que se localizan principalmente en las mucosas. La mucosa bucal y conjuntival son las mas frecuentes afectadas. (12,20,22,24).

MANIFESTACIONES BUCALES

Las lesiones gingivales son las mas frecuentes y sus manifestaciones varían desde placas eritematosas que causan malestar ligero hasta eritema, intenso generalizado y ulceraciones que se extienden hasta la unión de la

mucosa alveolar. (22,24). Los paladares duro y blando suelen estar afectados, con menor frecuencia se observan lesiones en lengua, úvula y pilares amigdalinos. (22,24).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Las vesículas y bulas son subepidérmicas (8,12,22). La bula en área de trauma presenta considerablemente infiltrado inflamatorio crónico y en estados tardíos fibrosis. (22).

Tratamiento: Tópico intralesional o sistémico con corticoesteroides (22)

CANDIDOSIS

Etiología: Hongo parecido a una levadura, la más frecuente de encontrar es la *Cándida Albicans*, aunque también pueden encontrarse otras especies como *C. Tropicalis*, *C. Parapsilosis*, *C. Stellatoidea* y *C. Krusel*; (23).

CLASIFICACION DE LA CANDIDOSIS BUCAL

1. Candidosis Aguda :

1.1 Seudomembranosaa

1.2 Atrófica

2. Candidosis crónica:

2.1 Hipertrófica/hiperplásica

3. Formas mucocutáneas:

3.1 Localizada(boca, cara, cuero cabelludo, uñas)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se dice que es la infección más oportunista del mundo;(23). Su frecuencia ha aumentado notablemente por el empleo continuo de antibióticos, los cuales destruyen la flora bacteriana normal reguladora y el uso de medicamentos inmunosupresivos, en particular los corticoesteroides y citotóxicos; (22).

- Las lesiones bucales de candidosis aguda tienen características de ser placas blancas, blandas o gelatinosas. Aunque estas lesiones pueden presentarse en cualquier sitio, predominan en la mucosa bucal, los pliegues mucobucales, la bucofaringe y los bordes laterales de la lengua, en casos graves los pacientes se quejan de sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia;(21).
- Cuando la forma pseudomembranosa aguda persiste durante algún tiempo, se pierde la pseudomembrana y aparece una lesión generalizada de color rojo, a la que se conoce como candidosis atrófica aguda, en la que pueden observarse parches de despapilación y desqueratinización en el dorso de la lengua. En el pasado, esta forma de candidosis se denominaba estomatitis antibiótica o glositis antibiótica;(21).
- La candidosis atrófica crónica, a menudo llamada boca ulcerada por dentadura protésica, esta forma particular de candidosis se presenta en más de 65% de los individuos geriátricos que utilizan prótesis maxilares completas. Es más frecuente en el paladar que en el proceso alveolar y se presenta mas en mujeres que en hombres. La lesión se presenta como una superficie roja, brillante, en ocasiones como de terciopelo o granular que tiene poca queratinización;(21).

- La candidosis hiperplásica en ocasiones afecta el dorso de la lengua en un patrón que se denomina glositis romboidea. Por lo general, es asintomática y se descubre en exámenes sistemáticos. La lesión se localiza en la zona anterior a las papilas circunvaladas y se presenta como una superficie de color blanco o con mayor frecuencia roja, lisa, nodular o fisurada, con ligera induración y de forma romboidal;(23). Las lesiones papilares nodulares de la mucosa del paladar duro, predominan en sujetos que utilizan prótesis totales y se considera que corresponden, al menos en parte, a una reacción ante la infección crónica por hongos. Otro sitio importante donde suele presentarse es en la mucosa del carrillo, a lo largo de la línea oclusal, ensanchándose al acercarse a la comisura labial;(21).
- La candidosis mucocutánea es persistente y refractaria en las mucosas, piel y las uñas de los pacientes afectados. La mayoría de esos pacientes presentan endocrinopatías y defectos del sistema inmunitario, afecta igualmente a hombres y mujeres, habitualmente provoca grandes lesiones circulares en piel. Los pacientes afectados por esta enfermedad deben vigilarse estrechamente ante la posible aparición de otras enfermedades asociadas, como la enfermedad de Addison, diabetes, hepatitis y anemia perniciosa;(21).

MANIFESTACIONES EN PIEL

En piel las lesiones son costras elevadas en forma laminar que afectan ambas extremidades, ingles, cara, cuero cabelludo y hombros, así como boca

y uñas;(24). Suele producirse desde el primer año de vida aunque suele aparecer hasta los 20 años de edad;(23).

MANIFESTACIONES BUCALES

La candidosis pseudomembranosa se caracteriza por la presencia de placas blancas de (requezón) o placas blancas y cremosas las cuales pueden desprenderse fácilmente con un bajalenguas o una gasa. La mucosa subyacente está eritematosa y puede sangrar ligeramente;(21). La candidosis hipertrófica crónica está adelgazada, lisa y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente se encuentra en el paladar debajo de una dentadura protésica, pero también se puede observar en la lengua, en cuyo caso se presenta un aspecto liso y rojo y esto es debido a la ausencia de papilas filiformes por lo cual hay sensibilidad intensa y dolor ante la exposición de líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas;(23). La candidosis hiperplásica suele presentarse en forma de placa mucosa blanca, se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa del carrillo a lo largo de la línea oclusal ensanchándose al acercarse a la comisura labial y también en las superficies laterodorsales de la lengua;(21). La candidosis mucocutánea crónica consiste en placas firmes, de color blanco, persistentes que se encuentran en labios, lengua y carrillos;(21).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS Y CITOLÓGICAS

- La candidosis seudomembranosa puede confirmarse con frotis citológicos de la seudomembrana teñidos con PAS y KOH. La seudomembranosa está constituida por células epiteliales descamativas, necrosadas y numerosos micelios (hifas) enmarañadas y enredadas;(21).
- La candidosis atrófica crónica sufre un adelgazamiento generalizado del epitelio, los frotis citológicos fracasan por lo general en la demostración de las formas micelares de los hongos. En estos casos los cultivos (Agar sangre, el agar corneal y al caldo de sabouraud) pueden ser útiles para confirmar que existe realmente una micosis;(23).
- La candidosis hiperplásica crónica muestra hiperparaqueratosis que contiene cantidad variable de hifas que invaden verticalmente la paraqueratina, el estrato espinoso del epitelio suele engrosarse y las crestas epiteliales se alargan, el tejido conjuntivo subyacente muestran un infiltrado inflamatorio constituido por células plasmáticas y linfocitos. La mayoría de los casos requieren tinciones con PAS o plata para demostrar su presencia;(23).
- La candidosis mucocutánea se observan células de levadura y de hifas o de micelios en capas superficiales y profundas del epitelio. Los hongos están presentes en el estrato córneo, los casos pueden requerir tinciones con PAS o con metamina de plata, debido a que los microorganismos son positivos a ambos;(23).

TRATAMIENTO EN PIEL

Tratamiento antifúngicos tópicos, miconazol, nistatina, anfotericina B.

Ketoconazol sistémico (200-400 mg/día) con las comidas;(22).

TRATAMIENTO EN BOCA

Enjuagues con peróxido de hidrógeno-salino al 3% diluído a partes iguales con suero salino caliente. También se han demostrado con propiedades antifúngicas el gluconato de clorhexidina y la listerina, ketaconazol por vía sistémica 200-400 mg/día con las comidas; (22).

QUEILITIS ACTÍNICA

Sinónimos: Queilitis exfoliativa, Queilitis solar y Queilitis actínica de los labios; (22).

Etiología: Al presente, muchas observaciones epidemiológicas sugieren una etiología solar;(24), tal es el caso de agricultores, pescadores y otros trabajadores expuestos al sol;(25). La queilitis actínica está asociada a carcinoma de células escamosas, epidemiológicamente son similares los casos de queilitis y de carcinoma; (25). Ya que los cambios clínicos del carcinoma temprano del labio pueden ser tan sutiles que es imposible diferenciar entre Carcinoma de células escamosas y Queilitis Actínica crónica sin el examen histológico;(21).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La Reviere y Pickett (24), realizaron exámenes histopatológicos de 22

pacientes con diagnóstico de Queilitis Actínica y encontraron que 3 de 6 pacientes presentaron histología de Carcinoma de células escamosas. En adición 5 de 10 pacientes tuvieron evidencia histológica de Carcinoma de células escamosas bien diferenciado; (25).

MANIFESTACIONES BUCALES

Ocurre frecuentemente en el labio inferior. Existen 2 formas, una variedad aguda y tipo crónico. La forma aguda es consecutiva a la exposición prolongada y severa a la luz solar y afecta sobre todo el labio inferior. Se caracteriza por edema, vesiculación y ulceración. La crónica se desarrolla como resultado de la exposición repetida a la radiación actínica como la que sufren los trabajadores expuestos al aire libre, en los cuales se producen cambios queratósicos, lisos y difusos, de color gris plateado sobre el labio inferior que le dan un aspecto atrófico semejante al papel delgado. El área del bermellón del labio inferior puede parecer distinta con mezcla gradual de la piel y la mucosa y obliteración de la unión mucocutánea normal entre bermellón y piel. Deberá sospecharse de lesiones premalignas o malignas focales si se encuentra queratinización, ulceración, eritema o induración;(12).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Consiste en grados variables de ortoqueratinización y paraqueratinización con áreas de hiperplasia, atrofia y displasia la cual puede indicar cambios

pre malignos. Cuando esta presenta ulceraciones siempre son superficiales, la base está cubierta de exudado de fibrina y leucocitos polimorfonucleares. La epidermis adyacente a la úlcera es atrófica. La dermis generalmente presenta degeneración basófila;(17,22). La elastosis senil (degeneración solar), como en la piel expuesta la degeneración basófila subepitelial del colágeno es un hecho frecuente en el labio inferior y se produciría por la exposición prolongada de luz del sol. El labio inferior está afectado con mayor frecuencia y cuando la elastosis solar se localiza en el labio inferior la lesión clínica corresponde a una queilitis actínica crónica. Las fibras de tejido conectivo subepiteliales tienen un aspecto fragmentado y amorfo y adquieren una coloración basófila pálida al ser teñidas con hematoxilina y eosina. El número de fibras elásticas estará aumentado y estas adquieren una disposición fragmentada y rota. El epitelio que las recubre suele ser delgado, atrófico y ligeramente queratinizado;(23).

TRATAMIENTO EN BOCA

Sintomático, importante prevenir el desarrollo de carcinoma de células escamosas. Se incluye en los tratamientos la criocirugía con nitrógeno líquido, electrodisecación y curetaje, y escisión con bisturí de lesiones locales; para ello existen tres métodos :Bermellonectomía, Fluorouracil tópico,Laser; (22).

TRATAMIENTO EN PIEL

Extirpación quirúrgica, crioterapia, quimioterapia, protectores solares a base de petrolatum; (22,25).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuales son las entidades dermatológicas más frecuentes con lesiones bucales del Departamento de Dermatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2. Indicar en qué edad y sexo hay mayor frecuencia de manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas
3. Establecer la localización en piel y mucosas mas frecuente de las lesiones dermatológicas.
4. Determinar si se encuentra asociación con otras enfermedades sistémicas.
5. Determinar cuál fue el tratamiento efectuado.

OBJETIVO COLATERAL

Contribuir al conocimiento de la Odontología guatemalteca respecto a manifestaciones bucales asociadas con enfermedades Dermatológicas.

HIPÓTESIS

La frecuencia de manifestaciones bucales asociada con enfermedades dermatológicas en pacientes atendidos en el departamento de dermatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala es diferente en cuanto a entidades patológicas, frecuencia y distribución a la reportada de estudios similares de la literatura extranjera; tomando en cuenta las variables edad, sexo, localización.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. FRECUENCIA: Número de veces que se repite una observación en la muestra.
2. MANIFESTACIONES BUCALES EN ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS: Alteraciones patológicas que se caracterizan por el apareamiento de lesiones bucales relacionado con enfermedades dermatológicas.
3. PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA: Personas que generalmente acuden consulta a dicho departamento, comprendidos de enero de 1995 a diciembre de 1999.
4. SEXO: Diferencia constitutiva y física del hombre y la mujer, masculino y femenino, macho y hembra.
5. EDAD: Tiempo desde el nacimiento vivido por una persona.
6. LOCALIZACION: Sitio anatómico específico en el cual se encuentra la lesión.

INDICADORES PARA LAS VARIABLES

Para la variable No. 1 el indicador fue: La presencia de las lesiones que aparecen registradas en la ficha clínica.

Para la variable No. 2 el indicador fue: Eritema Multiforme; múltiples máculo-pápulas rojizas de 1-2 cm de diámetro, el centro se torna cianótico, formando el "blanco" característico de la lesión, en el centro de la misma puede formarse una ampolla. Psoriasis; pápulas o máculas pequeñas rojizas cubiertas de finas escamas blancuzcas, cuando aumentan de tamaño se vuelven más escamosas formando placas irregulares. Liquen Plano; placas aplanadas poligonales de color morado brillante de 1-2mm de diámetro, la superficie puede mostrar estrías tenues. Lupus Eritematoso Discoide; parches eritematosos, redondos u ovales con escamas, la periferia es de color rojo o rosa, toma una forma de mariposa en las regiones malares y puente de la nariz. Lupus Eritematoso Sistémico; parches eritematosos en la cara, forman un patrón simétrico sobre mejillas, y puente de la nariz tomando forma de mariposa. Pénfigo Foliaceo; ampollas flácidas pequeñas, se rompen con facilidad, hay exfoliación extensa y las ampollas disminuyen en número, hay olor ofensivo. Pénfigo Eritematoso; parches eritematosos, exudativos, costrosos y persistentes. Pénfigo Vulgar; ampollas flácidas pequeñas aisladas o agrupadas, a menos que estén afectadas el contenido puede ser hemorrágico o seropurulento. Pénfigo Vegetante; ampollas que al romperse forman área de erosión en donde aparecen proliferaciones papilomatosas con

pequeñas pústulas. Penfigoide Buloso; urticaria, con numerosas ampollas grandes, tensas, en forma de cúpula sobre una base eritematosa. Penfigoide Cicatrizal; lesiones vesiculobulosas, sanan mediante la formación de una cicatríz. Candidosis Aguda; placas blancas, blandas o gelatinosas. Seudomembranosa; color rojo, con parches, despilación y desqueratinización en el dorso de la lengua. Atrófica crónica; superficie roja, brillante, en ocasiones como de terciopelo o granular. Hiperplásica; de color blanco o roja, lisa nodular o fisurada, en el dorso de la lengua. Queilitis Actínica; vesículas con cambios queratósicos lisos y difusos de color gris plataeado sobre el labio inferior.

Para la variable No. 3 el indicador fue: Paciente que se ha presentado a recibir consulta, tanto en consulta externa como en encamamiento, perteneciendo al Departamento de Dermatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala 1995-1999.

Para la variable no. 4 el indicador fue: La lectura de la identificación sexual de la persona en la casilla correspondiente de la ficha clínica.

Para la variable No. 5 el indicador fue: La lectura de la identificación numérica en años, en la casilla correspondiente a ficha clínica

Para la variable No. 6 el indicador fue: La lectura del lugar en el cual se encontraron localizadas la o las lesiones correspondientes en la ficha clínica.

METODOLOGÍA

1. Se solicitó autorización al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala para realizar la investigación de campo. Se revisaron en el archivo del Departamento de Dermatología las fichas clínicas de los pacientes que solicitaron consulta de Enero 1,995 a Diciembre 1,999.
2. Los datos generales, la historia breve de la lesión, evolución, tratamiento inicial y final, padecimiento de enfermedades sistémicas, presencia de lesión en piel y mucosa, su localización y los métodos de diagnóstico que se realizaron para el diagnóstico de la enfermedad se anotaron en la ficha clínica.
3. Se anotaron en los diagramas "Diagramas de Localización Bucal y Piel" la ubicación de las lesiones encontradas de acuerdo a las regiones anatómicas delimitadas en los diagramas.
4. La información recabada en las fichas de recolección de datos de esta investigación se tabuló y analizó estadísticamente, los resultados se presentan por medio de cuadros y gráficas.
5. Se elaboraron conclusiones y recomendaciones.

CUADRO No. 1

**FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA
DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
1995-1999.**

PATOLOGÍAS INCLUIDAS	CASOS CLÍNICOS	%
CANDIDOSIS	40	17.39
LIQUEN PLANO	14	6.09
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	3	1.3
PSORIASIS	102	44.35
QUEILITIS ACTINICA	60	26.09
ERITEMA MULTIFORME	4	1.75
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1	0.43
PENFIGO VULGAR	4	1.74
PENFIGOIDE BULOSO	1	0.43
PENFIGOIDE FOLIACEO	1	0.43
SUB-TOTAL	230	100
PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS**	8625	
TOTAL	8855	

****PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL ESTUDIO:** Leucodermia solar, vitiligo, vesrugas, impétigo, queratodermia, dermatosis, urticaria, sarcoptiosis, onicomycosis, piodermia, eritrodermia, alopecia, celulitis, eccema, acné, mastitis, papilomas, prúrigo solar, tiña capitis, melasma, neurodermatitis, hiperqueratosis, piritiasis rosada, granuloma umbilical, lipoma, rosácea, onicocriptosis, dermatofitosis, nevo piloso, nevo verrucoso, dermatitis por contacto. **INTERPRETACIÓN:** Pacientes del Departamento de Dermatología Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala de 1995-1999 un total de 8855, de los cuales 230 se encuentran dentro de la patologías a estudiar.

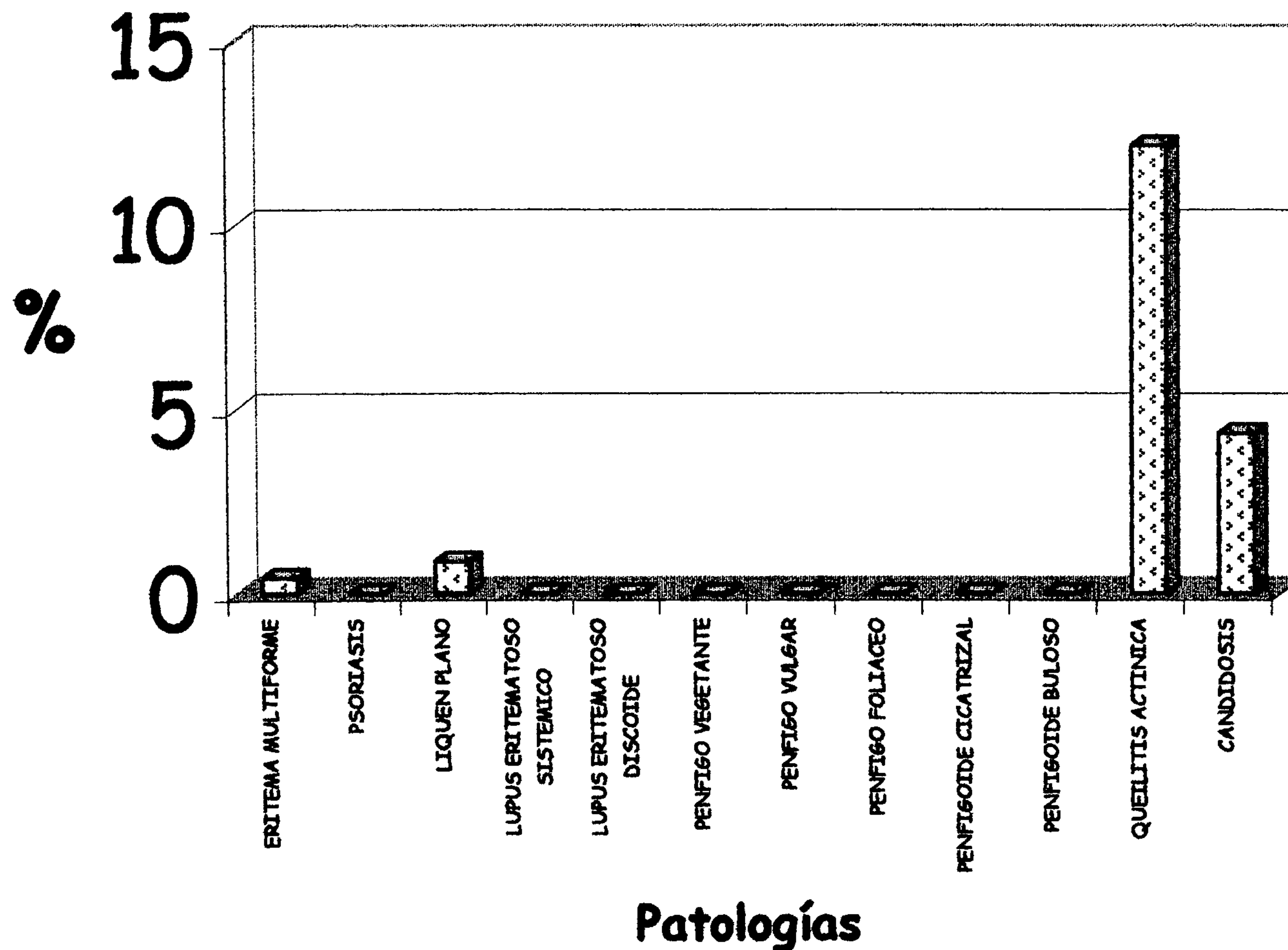
CUADRO No.2

**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON Y SIN MANIFESTACIONES BUCALES
SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 1999.**

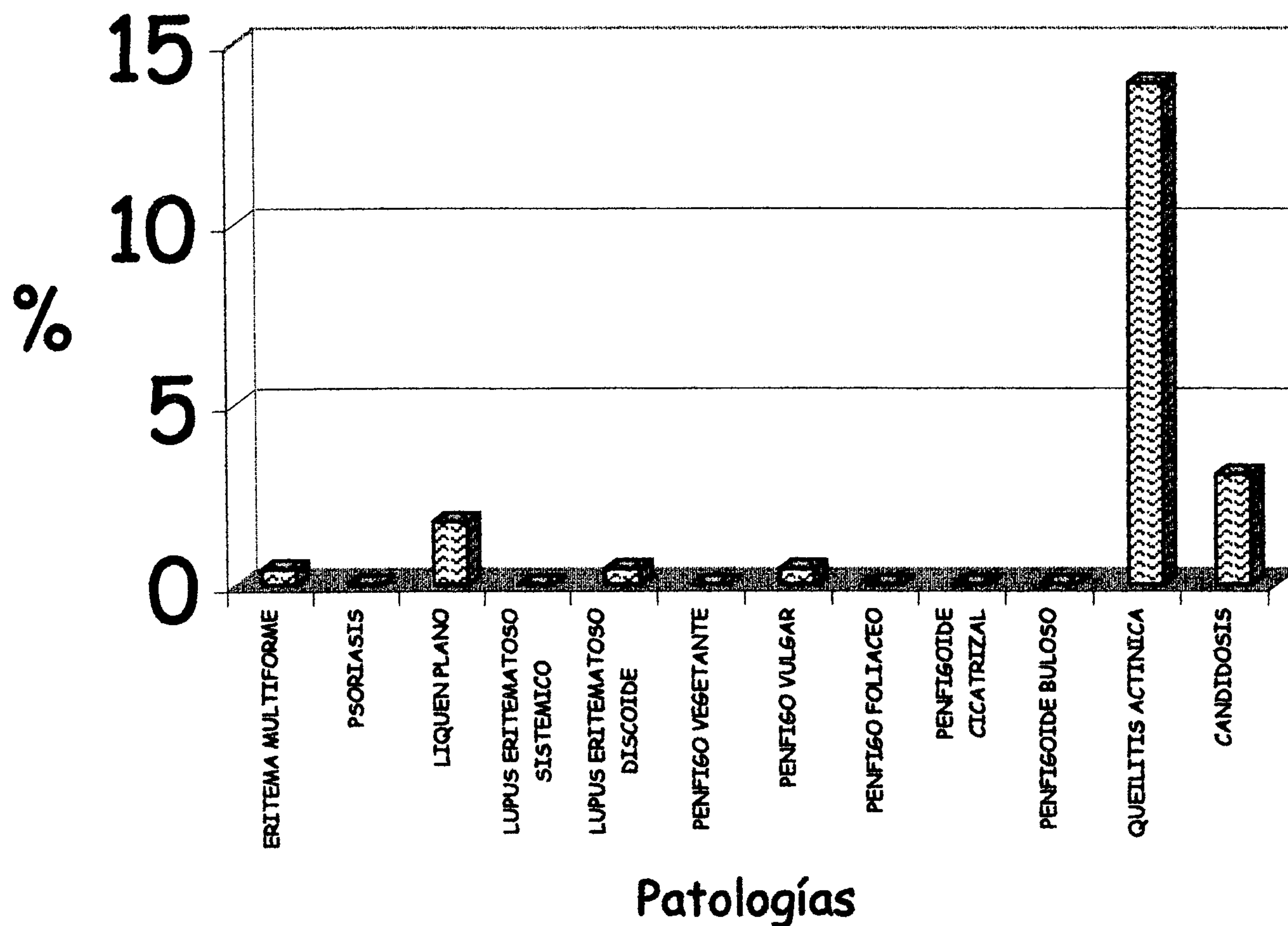
PATOLOGÍA	CON MANIFESTACION BUCAL		%	SIN MANIFESTACION BUCAL		%
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
ERITEMA MULTIFORME	1	1	0.87	1	1	0.87
PSORIASIS	0	0	0	43	59	44.35
LIQUEN PLANO	2	4	2.61	4	4	3.48
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	0	0	0	0	1	0.43
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	0	1	0.43	1	1	0.87
PENFIGO VEGETANTE	0	0	0	0	0	0
PENFIGO VULGAR	0	1	0.43	1	2	1.31
PENFIGO FOLIACEO	0	0	0	1	0	0.43
PENFIGOIDE CICATRIZAL	0	0	0	0	0	0
PENFIGOIDE BULOSO	0	0	0	0	1	0.43
QUEILITIS ACTINICA	28	32	26.09	0	0	0
CANDIDOSIS	10	7	7.39	10	13	10
SUB-TOTAL	41	46	37.82	61	82	62.17
TOTAL DE PACIENTES	230					100

INTERPRETACIÓN: De los 87 pacientes con manifestaciones bucales, los del sexo masculino son 41 y del sexo femenino 46, dando un porcentaje del 37.82%. De los 143 pacientes sin manifestaciones bucales, 61 son del sexo masculino y 82 son del sexo femenino, dando un porcentaje del 62.17%.

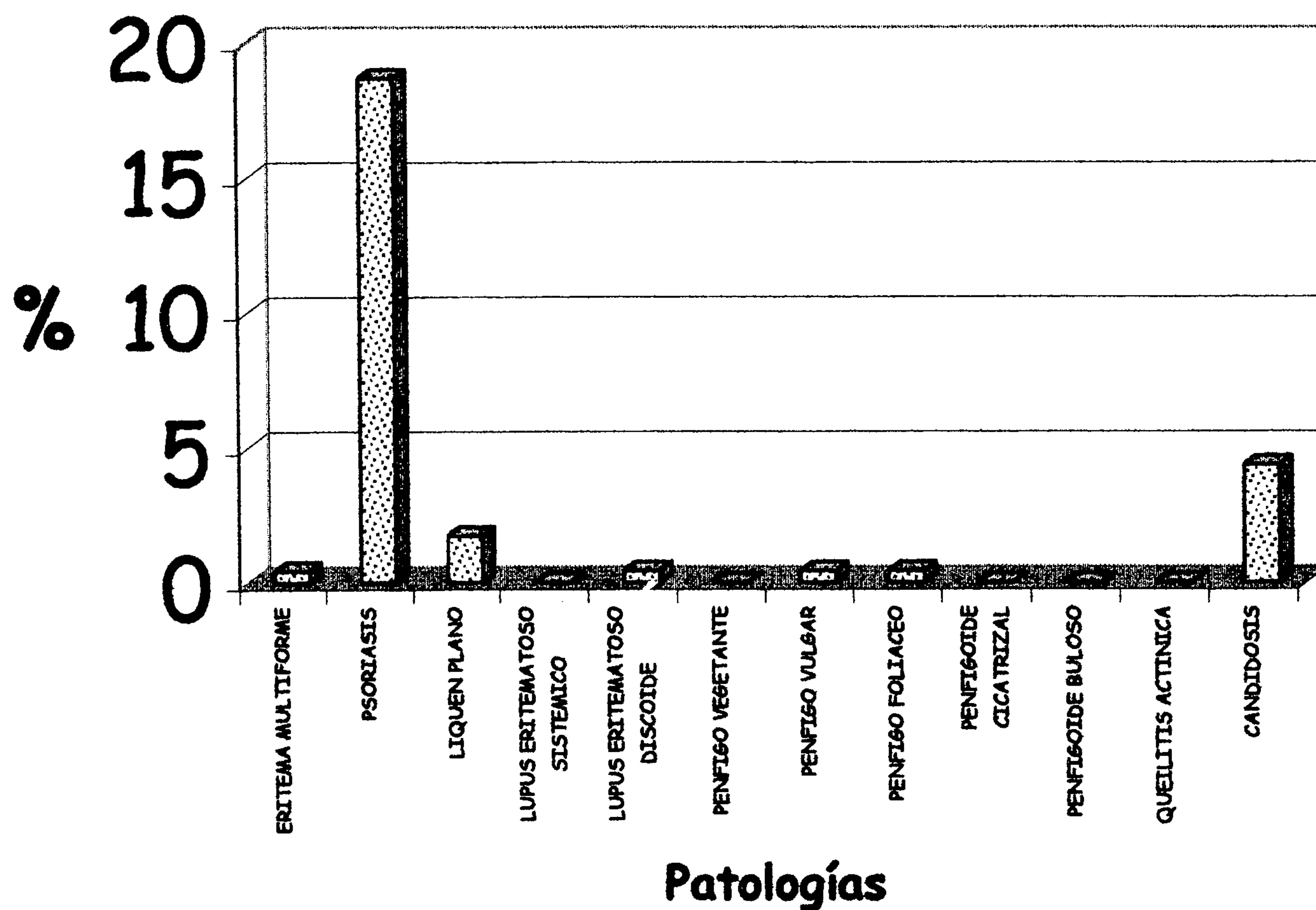
PORCENTAJE DE PACIENTES DE SEXO MASCULINO CON MANIFESTACIONES BUCALES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



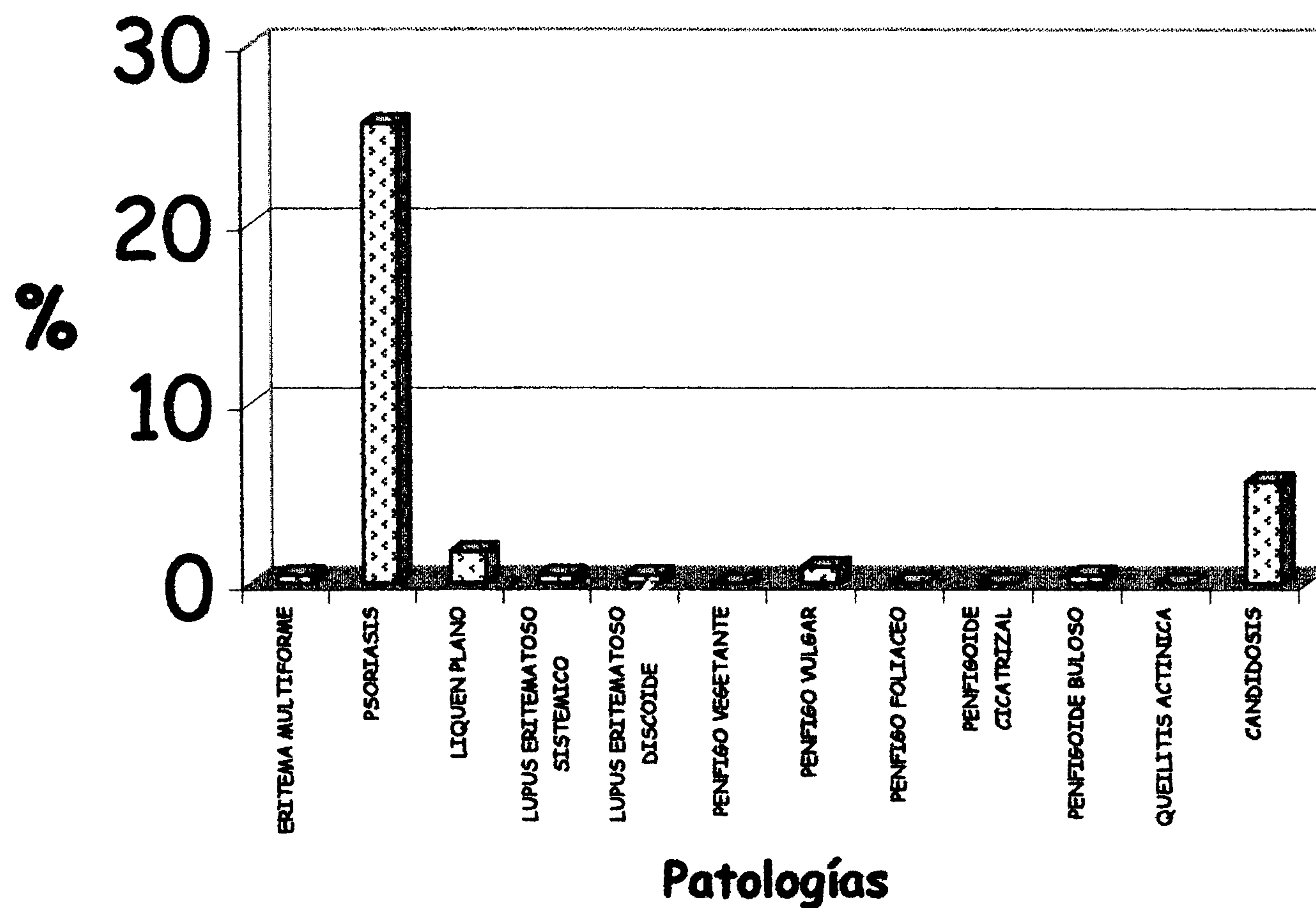
PORCENTAJE DE PACIENTES DE SEXO FEMENINO CON
MANIFESTACIONES BUCALES DEL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



PORCENTAJE DE PACIENTES DE SEXO MASCULINO SIN MANIFESTACIONES BUCALES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



**PORCENTAJE DE PACIENTES DE SEXO FEMENINO SIN
MANIFESTACIONES BUCALES DEL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.**



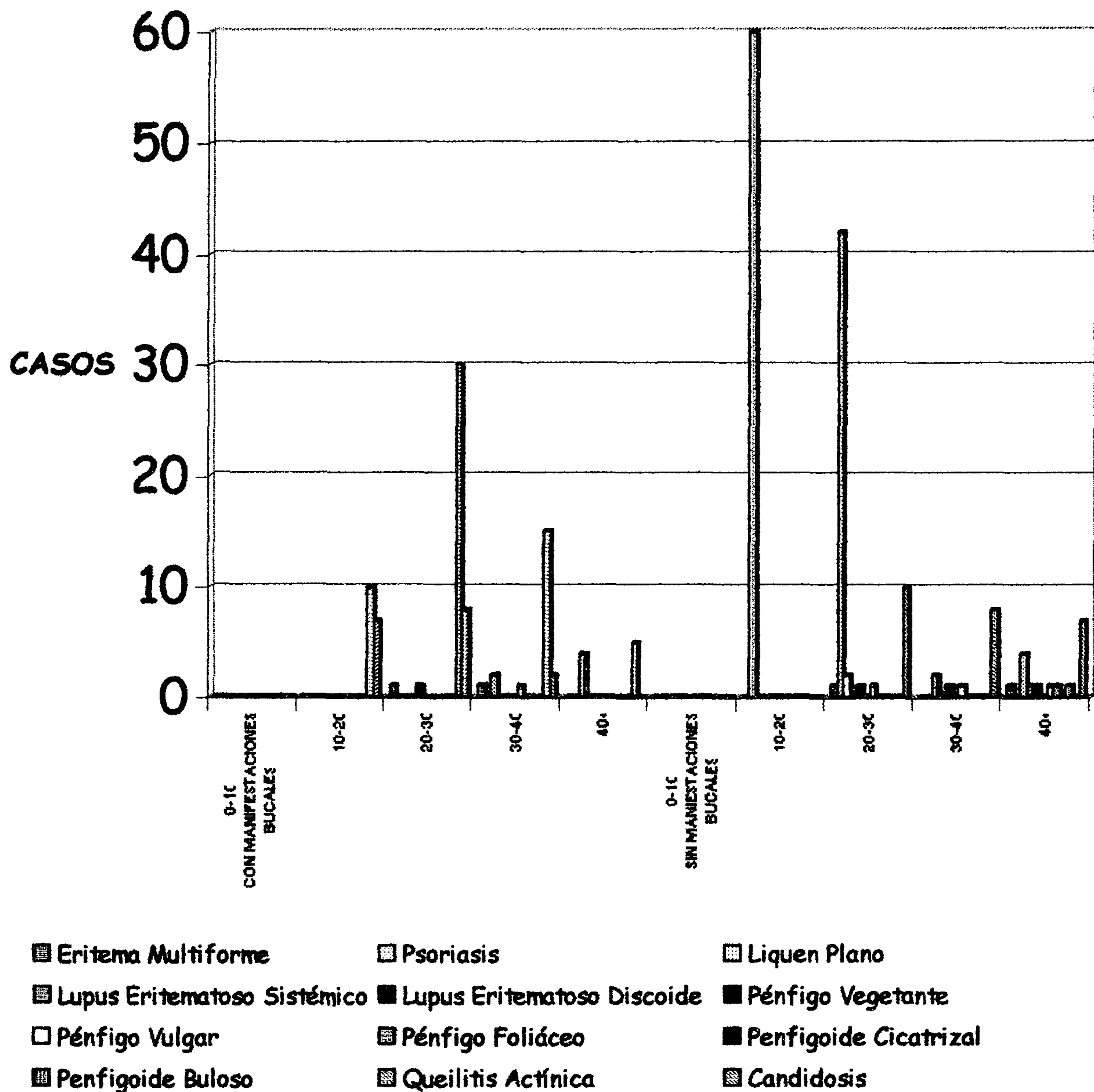
CUADRO No.3

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON Y SIN MANIFESTACIONES BUCALES
SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.

PATOLOGIA	CON MANIFESTACIONES BUCALES					SIN MANIFESTACIONES BUCALES				
	0-10	10-20	20-30	30-40	40+	0-10	10-20	20-30	30-40	40+
ERITEMA MULTIFORME	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
PSORIASIS	0	0	0	0	0	0	60	42	0	0
LIQUEN PLANO	0	0	0	2	4	0	0	2	2	4
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
PENFIGO VEGETANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGO VULGAR	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
PENFIGO FOLIACEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PENFIGOIDE CICATRIZAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGOIDE BULOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
QUEILITIS ACTINICA	0	10	30	15	5	0	0	0	0	0
CANDIDOSIS	0	7	8	2	0	0	0	10	8	7
SUB-TOTAL	0	17	40	21	9	0	60	57	12	17
TOTAL DE PACIENTES	230									

INTERPRETACIÓN: De las distintas patologías que presentaron manifestaciones bucales, el rango de edad que presentó mayor relevancia es el de 20 a 30 años seguido del de 30 a 40 años. De las patologías que no presentaban manifestaciones bucales el rango donde tuvo mayor relevancia fue el de 10 a 20 años, seguido del de 20 a 30 años.

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON Y SIN MANIFESTACIONES BUCALES SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



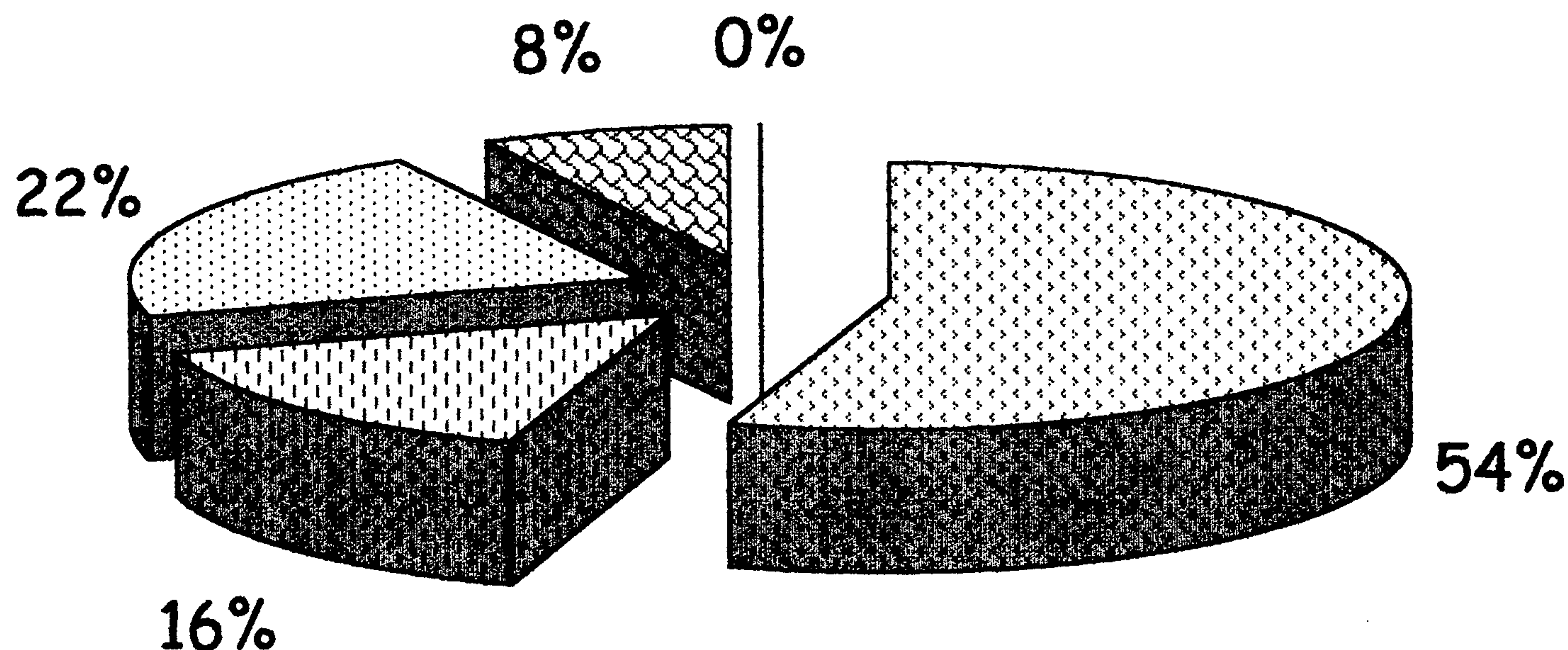
INTERPRETACIÓN: De las distintas patologías que presentaron manifestaciones bucales, el rango de edad que presentó mayor relevancia es el de 20 a 30 años seguido del de 30 a 40 años. De las patologías que no presentaron manifestaciones bucales el rango donde tuvo mayor relevancia fue el de 10 a 20 años, seguido del de 20 a 30 años.

CUADRO No. 4
DISTRIBUCION POR SEXO Y LOCALIZACION EN BOCA DE MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES
DERMATOLOGICAS DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.

LOCALIZACION EN BOCA	SEXO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
LABIO INFERIOR	28	32	60	53.09
LENGUA	8	13	21	18.59
PALADAR	11	10	21	18.59
CARRILLO	4	5	9	7.96
COMISURAS	0	2	2	1.77
TOTAL DE PACIENTES	51	62	113	100

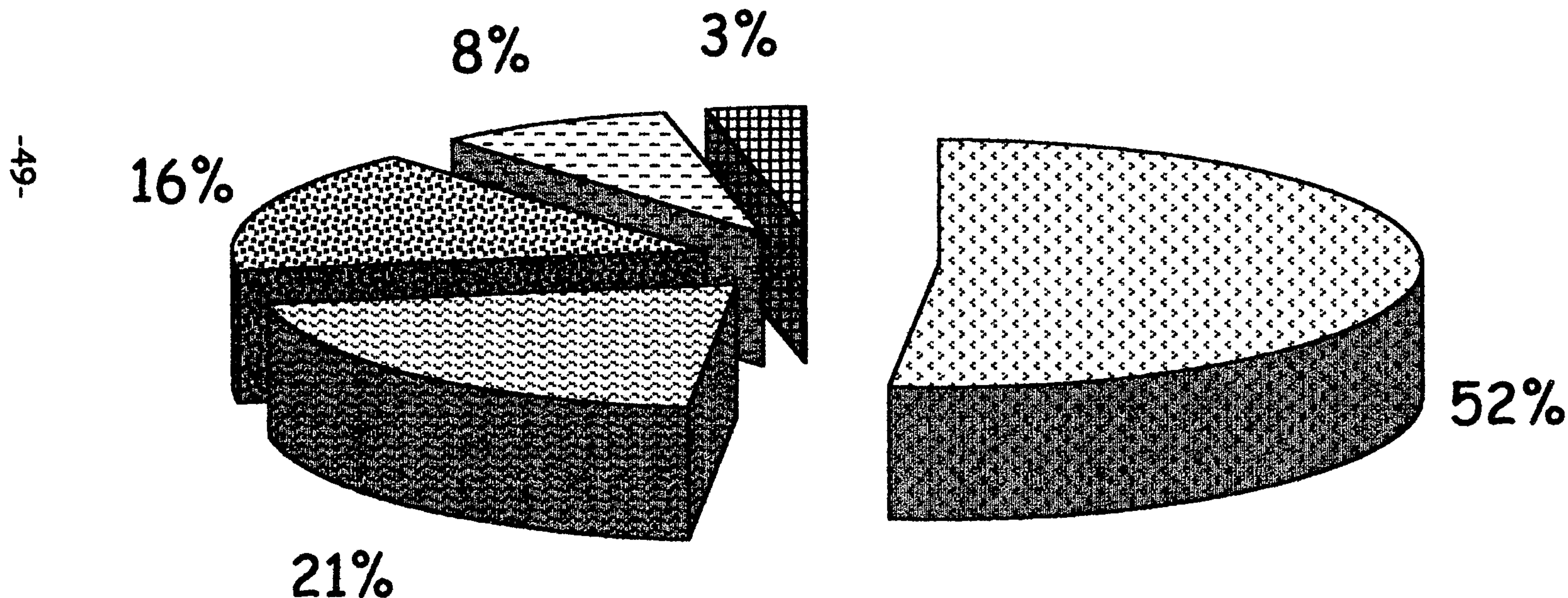
INTERPRETACION: De los 60 casos que se reportaron para el labio inferior 28 fueron del sexo masculino y 32 del femenino. De los 21 casos reportados en lengua 8 fueron del sexo masculino y 13 del femenino. De los 21 casos reportados para paladar 11 fueron del sexo masculino y 10 del femenino. De los 9 casos reportados para el área de carrillo 4 fueron del sexo masculino, y 5 del sexo femenino, para los 2 casos reportados para comisuras los 2 fueron del sexo femenino.

**MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS, SEXO MASCULINO DEL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT,
ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.**



■ LABIO INFERIOR ▨ LENGUA ▤ PALADAR ▩ CARRILLO ■ COMISURAS

**MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS, SEXO FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT,
ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.**



LABIO INFERIOR
 LENGUA
 PALADAR
 CARRILLO
 COMISURAS

CUADRO No. 5

**LOCALIZACION DE LESIONES EN PIEL DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS DE PACIENTES
DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 1999.**

PATOLOGÍA	ANTERIOR				POSTERIOR				TOTAL
	CARA	TORAX	EXTREMIDAD	EXTREMIDAD	CABEZA	TORAX	EXTREMIDAD	EXTREMIDAD	
			SUPERIOR	INFERIOR			SUPERIOR	INFERIOR	
ERITEMA MULTIFORME	1	0	1	0	0	1	0	1	4
PSORIASIS	1	0	0	41	20	0	40	0	102
LIQUEN PLANO	0	0	7	3	0	0	4	0	14
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	0	1	0	0	0	0	0	0	1
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	2	1	0	0	0	0	0	0	3
PENFIGO VEGETANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGO VULGAR	0	2	1	0	0	1	0	0	4
PENFIGO FOLIACEO	0	1	0	0	0	0	0	0	1
PENFIGOIDE CICATRIZAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGOIDE BULOSO	0	1	0	0	0	0	0	0	1
QUEILITIS ACTINICA	60	0	0	0	0	0	0	0	60
CANDIDOSIS	40	0	0	0	0	0	0	0	40
TOTAL	104	6	9	44	20	2	44	1	230

INTERPRETACIÓN: De los pacientes con lesiones en piel se encuentran 104 con lesiones en cara, 6 en tórax anterior, extremidad superior parte anterior 9 pacientes, extremidad inferior parte anterior 44 pacientes. De la parte posterior se reportó cabeza con 20 pacientes, tórax 2 pacientes, extremidad superior 44 pacientes y extremidad inferior 1 paciente.

CUADRO No.6

LOCALIZACION ANATOMICA DE LESIONES EN PIEL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON Y SIN MANIFESTACIONES EN BOCA DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA, HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.

LOCALIZACION EN PIEL	SEXO		TOTAL	EDAD PROMEDIO
	MASCULINO	FEMENINO		
CABEZA	0	1	1	15
CABEZA Y CUELLO	0	1	1	17
CUELLO ANTERIOR Y POSTERIOR	0	1	1	26
CUERO CABELLUDO	14	13	27	16.77+-3.80
GENERALIZADO	0	1	1	45
MIEMBRO INFERIOR	17	26	43	25.83+-16.82
MIEMBRO SUPERIOR	19	26	45	18.71+-9.28
REGION FACIAL	2	1	3	20.66+-16.16
REGION FACIAL UNILATERAL	0	1	1	40
REGION FACIAL Y MIEMBRO SUPERIOR	0	1	1	75
REGION FACIAL Y TORAX ANTERIOR	1	1	2	29.5+-6.36
TORAX ANTERIOR	1	0	1	65
TORAX ANTERIOR Y POSTERIOR	0	1	1	48
TORAX POSTERIOR	0	2	2	33.5+-31.81
TORAX POSTERIOR Y REGION FACIAL	0	1	1	18
TOTAL	54	77	131	22.46+-14.17

INTERPRETACIÓN: El cuero cabelludo reveló un total de 27 casos de los cuales 14 fueron para el sexo masculino, 13 fueron para el sexo femenino, con una edad promedio de 16.77 +-3.80 años, el miembro inferior con un total de 43 casos de los cuales 17 fueron del sexo masculino y 26 para el sexo femenino, con una edad promedio de 25.83+-16.82 años, el miembro superior con un total de 45 casos de los cuales 19 fueron del sexo masculino y 26 para el femenino con una edad promedio de 18.75+-9.28 años.

CUADRO No. 7
LOCALIZACION ANATOMICA DE LESIONES EN PIEL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
DERMATOLOGICAS CON MANIFESTACIONES BUCALES DEL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGIA, HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHACOURT,
ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999

LOCALIZACION EN BOCA	LOCALIZACION EN PIEL						%
	CUELLO ANTERIOR	MIEMBRO INFERIOR	MIEMBRO SUPERIOR	REGION FACIAL	TORAX POSTERIOR	TOTAL	
PALADAR	0	0	0	2	1	3	21.42
CARRILLO	0	5	1	2	1	9	64.29
COMISURAS	1	1	0	0	0	2	14.29
TOTAL DE CASOS	1	6	1	4	2	14	100

INTERPRETACIÓN: Se encuentran asociados 14 casos de los cuales el paladar está asociado a la región facial con 2 casos, y en asociación a tórax posterior 1 caso, en área de carrillo hay un total de 9 casos de los cuales 5 se asocian con manifestaciones en el miembro inferior, 1 caso se asocia con el miembro superior, 2 casos relacionados con la región facial, un caso relacionado con tórax posterior, en área de comisuras se encuentra relacionada con 1 caso con cuello para anterior, un caso relacionado con miembro inferior.

CUADRO No.8

ENFERMEDADES SISTEMICAS ASOCIADAS A ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS CON Y SIN MANIFESTACIONES
BUCALES EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.

PATOLOGÍAS	ENFERMEDADES SISTEMICAS ASOCIADAS					%
	DESNUTRICION CRÓNICA DEL ADULTO	DIABETES MELLITUS	HEPATITIS B	ARTRITIS REUMATOIDE	EDAD	
ERITEMA MULTIFORME	0	0	1	0	56	20
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	0	0	0	1	45	20
PÉNFIGO VULGAR	0	1	0	1	44	40
PENFIGOIDE BULOSO	1	0	0	0	75	20
TOTAL DE CASOS	1	1	1	2		100

INTERPRETACIÓN: Un caso se reportó de eritema multiforme asociado con hepatitis B en un paciente de 56 años(20%), un caso se reportó de lupus eritematoso sistémico asociado a artritis reumatoide en un paciente de 45 años(20%), un caso se reportó de pénfigo vulgar asociado con diabetes mellitus en un paciente de 44 años, un caso de pénfigo vulgar asociado con artritis reumatoide en un paciente de 44 años(40%), un caso de penfigoide buloso asociado con desnutrición crónica del adulto en un paciente de 75 años (20%).

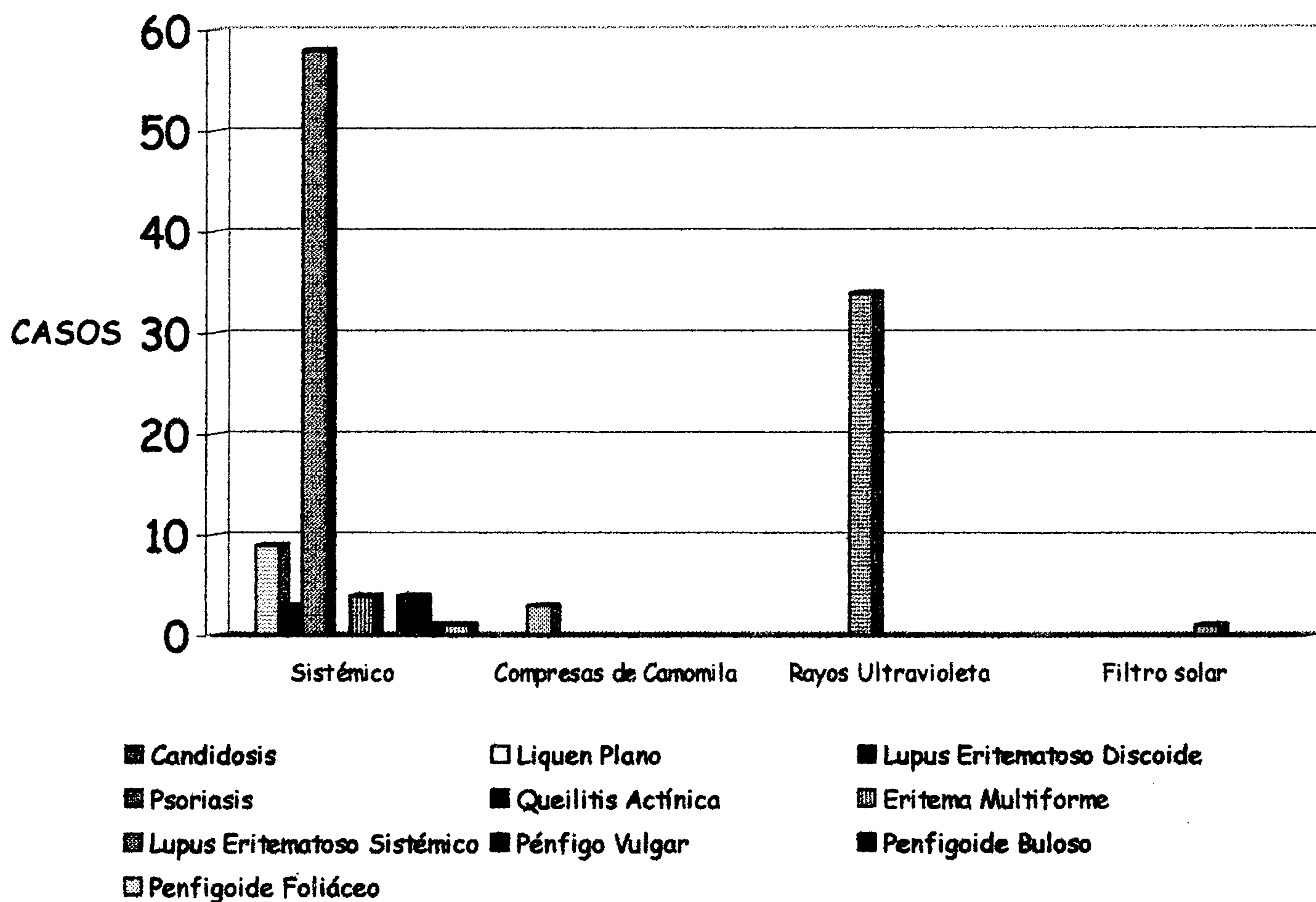
CUADRO No.9

**TRATAMIENTOS EFECTUADOS A PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.**

PATOLOGÍAS	CORTICOSTEROIDE PREDNISONA				ANTIMICÓTICO				PROTECTOR		VITAMINAS	
	SISTÉMICO	COMPRESAS DE CAMOMILA	RAYOS ULTRAVIOLETA	FILTRO SOLAR	SISTÉMICO	*Ketoconazol 2023%	TÓPICO	ANFOTERICINA B	SOLAR	CRIOCIRUGÍA	VITAMINA A	VITAMINA B
CANDIDOSIS	0	0	0	0	11	13	0	16	0	0	0	0
LIQUEN PLANO	9	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSORIASIS	56	0	34	0	0	0	10	0	0	0	0	0
QUEILITIS ACTINICA	0	0	0	0	0	0	0	0	43	17	0	0
ERITEMA MULTIFORME	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGO VULGAR	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGOIDE BULOSO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENFIGOIDE FOLIACEO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE TRATAMIENTOS	80	3	34	0	11	13	10	16	43	17	1	1

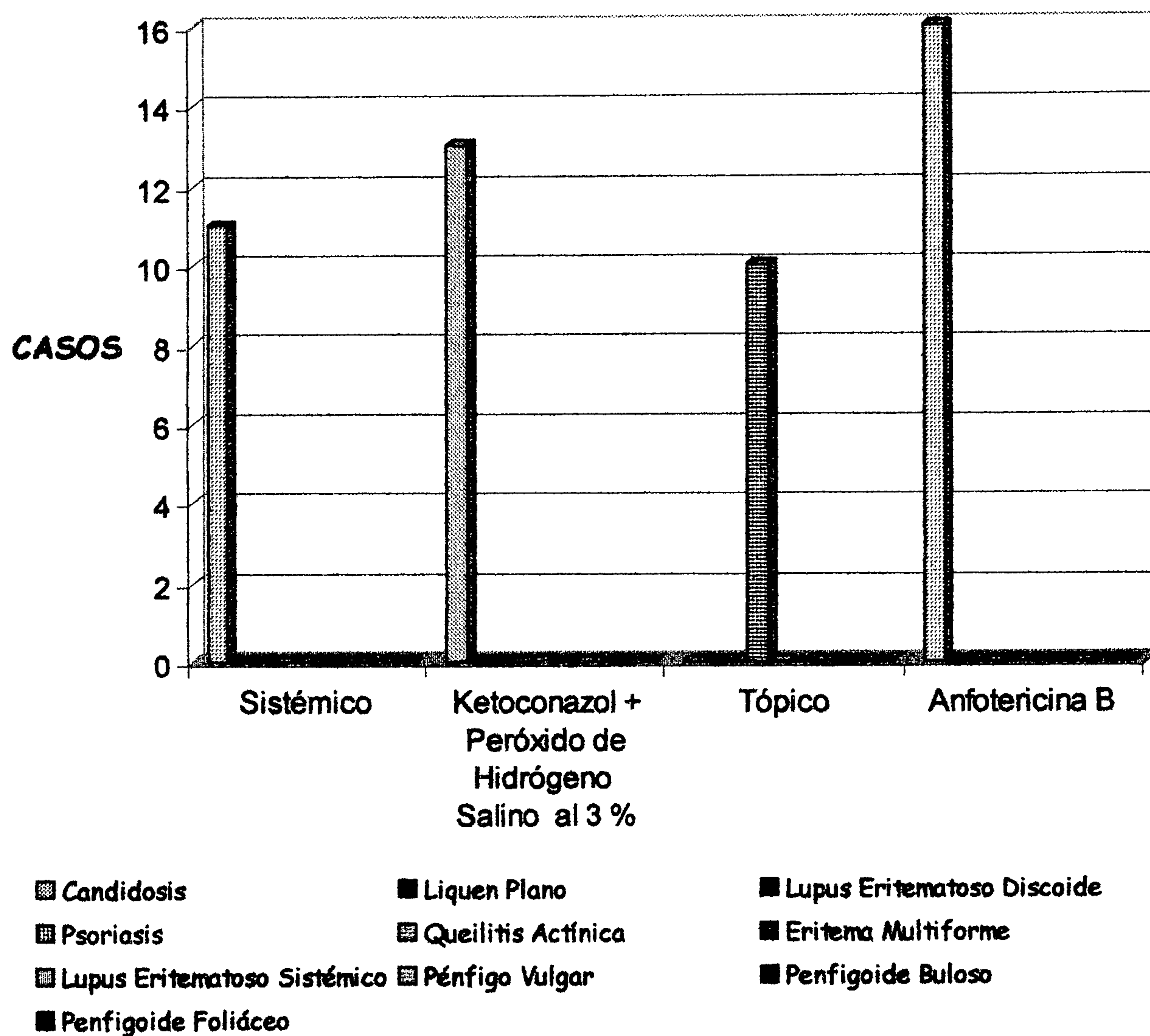
INTERPRETACIÓN: Pacientes con candidosis 16 fueron tratados con Anfotericina B, 11 con ketoconazol, 13 con *ketoconazol con peróxido de hidrógeno salino al 3%, pacientes con Liquen plano 9 fueron tratados con corticosteroide sistémico, 3 con corticosteroide más compresas de camomila, 1 con Vitamina A, 1 con Vitamina B, pacientes con Lupus Eritematoso Discoide 6 tratados con prednisona sistémica, pacientes con Psoriasis 56 fueron tratados con prednisona sistémica, 34 con prednisona sistémica más rayos ultra violeta, 10 con ketoconazol tópico, pacientes con Queilitis Actínica 43 tratados con protector solar, 17 con criocirugía, pacientes con Eritema Multiforme 4 tratados con prednisona sistémica, pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico 1 tratado con prednisona más filtro solar, pacientes con Pénfigo Vulgar 4 tratados con prednisona sistémico, pacientes con Penfigoide Buloso y Foliáceo fueron tratados con prednisona sistémica.

TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON CORTICOSTEROIDE PREDNISONA A PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



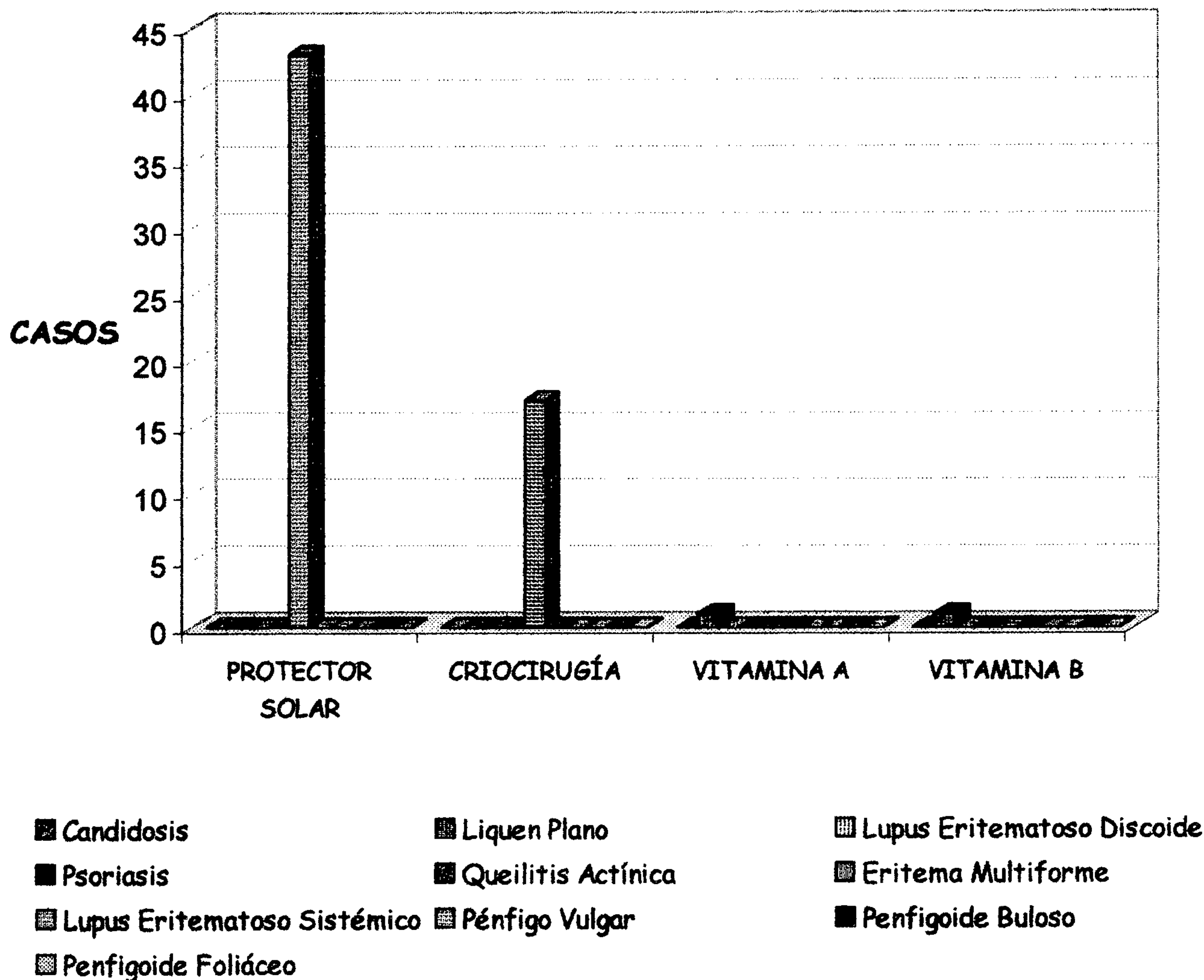
INTERPRETACIÓN: Con tratamiento Sistémico fueron tratados 9 pacientes con Liquen Plano, 3 con Lupus Eritematoso Sistémico, 58 con Psoriasis, 4 con Eritema Multiforme, 4 con Pénfigo Vulgar, 1 con Penfigoide Buloso, 1 con Penfigoide Foliáceo. En combinación del tratamiento con compresas de Camomila fueron 3 pacientes con Liquen Plano, en combinación con Rayos Ultravioleta 34 pacientes con Psoriasis y en combinación con Filtro Solar 1 paciente con Lupus Eritematoso Sistémico.

TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON ANTIMICÓTICOS A PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



INTERPRETACIÓN: Con tratamiento Sistémico fueron tratados 11 pacientes con Candidosis, 13 fueron tratados en combinación de Ketokonazol con peróxido de hidrógeno salino al 3%. Pacientes con Psoriasis fueron 10 con tratamiento tópico y 16 pacientes con Candidosis fueron tratados con Anfotericina B.

TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON PROTECTOR SOLAR, CRIOCIRUGÍA, VITAMINAS A Y B A PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA 1995-1999.



INTERPRETACIÓN: Pacientes con Queilitis Actínica fueron tratados 43 con Protector Solar y 17 con Criocirugía. Pacientes con Liquen Plano un caso fue tratado con Vitamina A y un caso con Vitamina B.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La distribución de las distintas patologías de enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales por edad y sexo revelan que las más frecuentes fueron Queilitis Actínica y Candidosis. De los casos de Queilitis Actínica correspondieron 32 casos al sexo femenino(13.91%) y 28 al masculino(12.17%). En nuestro país se da con mayor frecuencia en el sexo femenino, y esto se debe a que las mujeres realizan trabajos con igual o mayor exposición a los rayos solares que los hombres. Es importante también conocer que las mujeres guatemaltecas, principalmente las indígenas, no utilizan protectores labiales, lo que es un factor importante. El lápiz labial y su uso por mujeres de otros países ha disminuído el número de casos de Queilitis Actínica.

Los casos de Candidosis demuestran que las mujeres fueron más afectadas que los hombres con 21 y 19 casos respectivamente, datos extranjeros indican que no hay predilección por el sexo. Esta enfermedad es principalmente "oportunistas", que necesita un factor predisponente para poder afectar a las personas, por lo que la diferencia en cuanto a la mayor afección del sexo femenino se debe a que en este estudio, las mujeres acudieron más a consulta que los hombres.

De igual manera casos afectados por Liquen Plano y Eritema Multiforme, demostraron que el sexo más afectado es el femenino, mientras que en comparación con la literatura extranjera el sexo más afectado es el masculino.

La patología dermatológica más frecuente fue Psoriasis, con 102 casos de los cuales 59 fueron femeninos y 43 masculinos, sin embargo ninguno de ellos presentó manifestación bucal, los datos de esta enfermedad coinciden con los reportados en la literatura extranjera en cuanto al sexo, que en general está más afectado el femenino.

Los datos obtenidos en el presente estudio demuestran que la población de sexo femenino fue la más afectada con 130 casos; quienes presentaron una edad promedio de 26.8 años(rango 11 a 75 años). Para el sexo masculino, los casos fueron en número de 100 con un promedio de edad de 28.5 años(rango 6 a 77 años).

Con respecto a la distribución anatómica en boca se observó que la región de labio inferior fue la más afectada con 60 casos(32 femeninos y 28 masculinos), seguida de lengua con 21 casos(13 femeninos y 8 masculinos), paladar con 21 casos(11 masculino y 10 femeninos).

La distribución anatómica en piel reveló que la región más afectada fue los miembros superiores con un total de 45 casos, (19 masculinos y 26 femeninos), seguido de los miembros inferiores con 43 casos, (17 masculinos y 26 femeninos), cuero cabelludo con 27 casos, (14 femeninos y 13 masculinos). Con relación a pacientes que presentaron manifestaciones tanto en piel como en boca se observó más en el área de carrillos y miembros inferiores, seguida de región facial y paladar.

Los datos anteriormente expuestos de región anatómica en boca, distribución anatómica en piel y pacientes que presentaron relación entre

ambas, no se pudo comparar con literatura extranjera por carecer la misma de estos estudio.

La asociación de enfermedades dermatológicas con enfermedades sistémicas reportó un caso asociado a "Hepatitis B", 2 casos asociados con Artritis Reumatoidea, 1 caso asociado a Desnutrición Crónica del Adulto, y caso asociado a Diabetes Mellitus Tipo II.

De los tratamientos aplicados a las distintas patologías con y sin manifestaciones bucales la mayor parte de ellos fueron corticosteroides sistémicos.

LIMITANTES DEL ESTUDIO

La poca información sobre el aspecto bucal que se encontró en el presente estudio, posiblemente se debe a que solo se revisaron expedientes clínicos.

Se tomó como enfermedad sin manifestación bucal, aquella que en el expediente clínico, no reportaba hallazgos en cavidad bucal, ya sea porque no lo hubo o porque el médico no lo tomó en cuenta.

También es importante asumir que el Médico da poca importancia a los hallazgos orales, existe pues, la posibilidad de que hayan más manifestaciones bucales.

CONCLUSIONES

1. De las distintas patologías estudiadas con manifestaciones bucales las que presentaron mayor frecuencia fueron: Queilitis Actínica, Candidosis, Liquen Plano y Eritema Multiforme.
2. El sexo femenino fue el más afectado encontrándose la mayoría entre las edades de 18 a 25 años.
3. La edad más afectada se encuentra entre la segunda y tercera década de vida.
4. La localización en piel más frecuente asociada a enfermedades dermatológicas fueron los miembros inferiores.
5. La localización en mucosa bucal asociada a enfermedades dermatológicas revelan el área de carrillos.
6. De las distintas patologías estudiadas se observó asociación con: Hepatitis B, Diabetes Mellitus Tipo II, Desnutrición Crónica del Adulto y Artritis Reumatoide.
7. La mayoría de pacientes atendidos fueron tratados con corticosteroides sistémicos.
8. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, son representativos de la población hospitalaria de Antigua Guatemala, y no de la población guatemalteca en general.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario realizar estudios similares en centros asistenciales en las distintas regiones del interior del país, para conocer la frecuencia de entidades patológicas que afectan los diferentes grupos de población guatemalteca, con el fin de tener un adecuado conocimiento de nuestra patología bucal.
2. Establecer en estudios futuros las causas del por qué hay condiciones más frecuentes por edad y sexo.
3. Realizar un estudio prospectivo, en el que simultáneamente se evalúe al paciente con criterios Médico-Dermatológicos y Odontológicos unificados, para determinar con certeza las manifestaciones bucales de cada enfermedad dermatológica.

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una boleta de recolección de datos en la cual su primera sección corresponde al área donde se encuentra registrados los datos generales del paciente, breve historia de la lesión padecimiento de la enfermedad sistémica, y métodos de diagnóstico.

La otra sección considera directamente los datos referentes a la presencia de lesiones en la cavidad bucal con un diagrama para registrar su ubicación anátomo-geográfica. (Anexo 1)

INSTRUMENTO PARA LLENAR LA BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

REGISTRO No: Orden correlativo al finalizar el muestreo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: El que aparece registrado en la ficha clínica.

EDAD: La que aparece registrada en la ficha clínica

SEXO: El que aparece registrado en la ficha clínica

HISTORIA BREVE DE LA LESION: La reportada en la ficha clínica

PADECE DE ENFERMEDAD SISTEMÁTICA: La reportada en la ficha clínica

LOCALIZACIÓN DE LA (S) LESION (ES): Se dibujó en los diagramas la ubicación de las lesiones.

Registro No. _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

HISTORIA BREVE DE LA LESION

Inicio de la lesión: _____

Evolución de la lesión: _____

Tratamiento Inicial: _____

Padece de enfermedad sistémica:

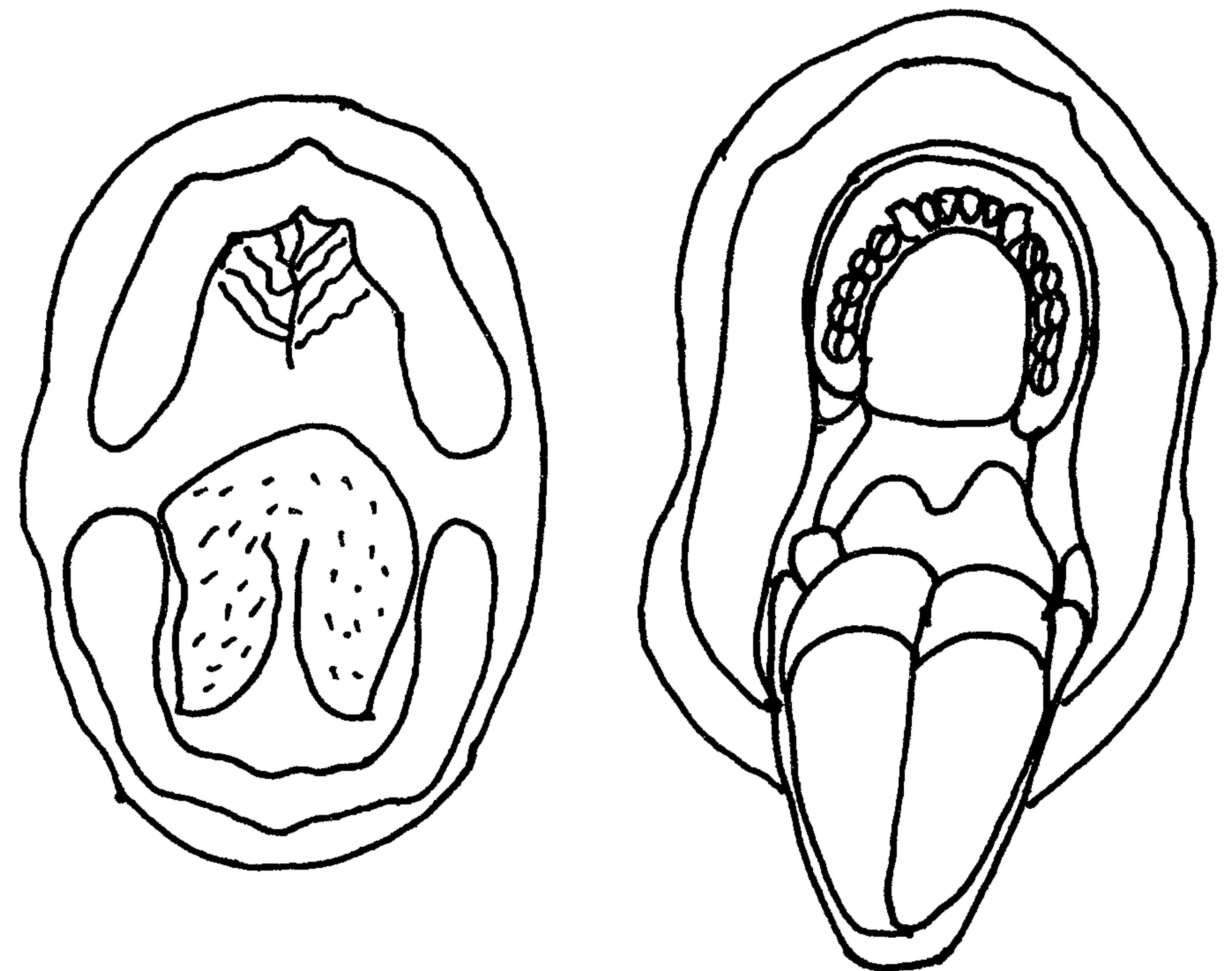
Si

No

Cuál: _____

Presencia de lesiones en piel: _____

Lugar(es) de localización: _____



LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN BUCAL

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO:

Biopsia: _____

Citología: _____

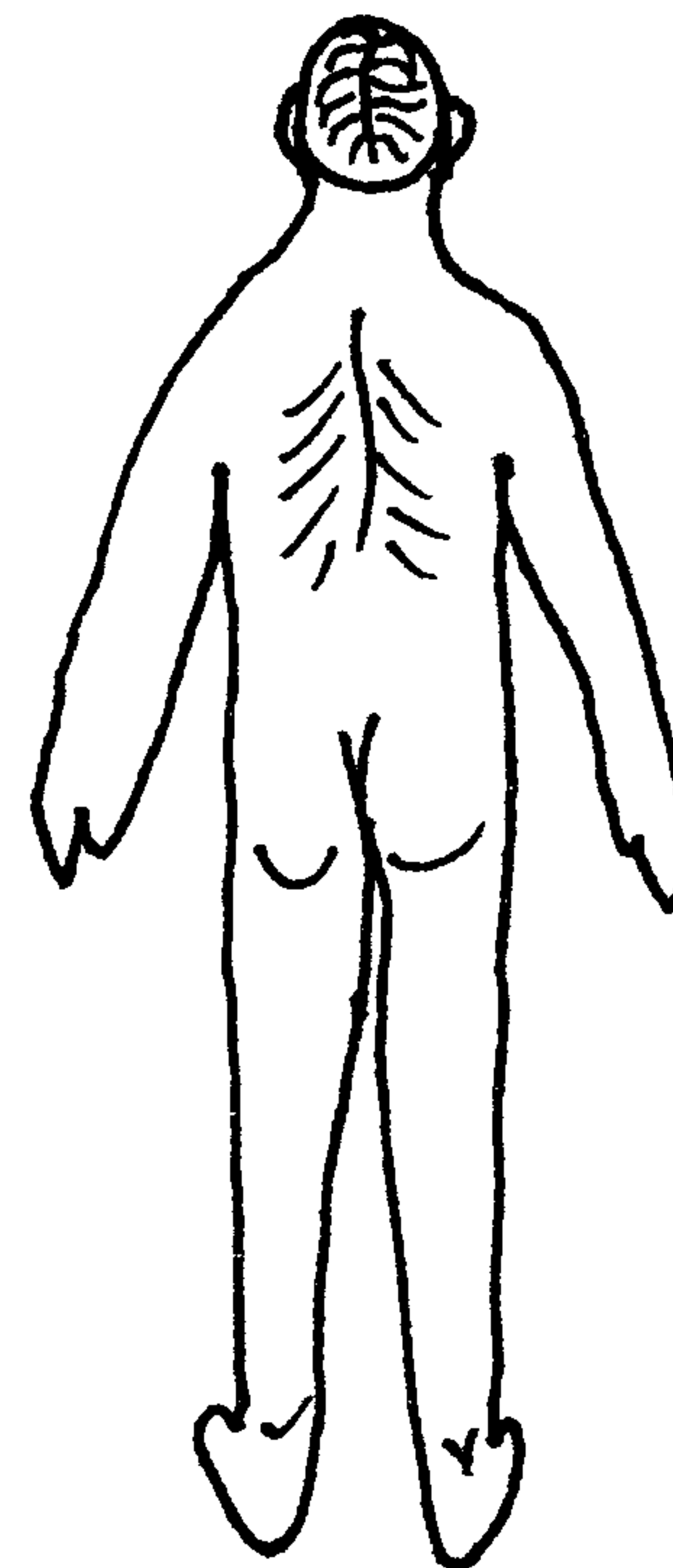
Exámen sanguíneo: _____

Otros especifique: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Tratamiento Final: _____

DIAGRAMA PARA LOCALIZACIÓN
DE LA LESIÓN EN PIEL



BIBLIOGRAFÍA

1. - Atlas de Erupciones Papulares.-- U.S.A.: Schering Corporation, 1973.-- pp. 8.-- (En la biblioteca de Medicina).
____ Signos Cutáneos de Enfermedades Sistémicas.-- U.S.A.: Schering Corporation, 1973.-- pp.9 (En la biblioteca de Medicina)
____ Erupciones Eritematosas y Eritemato-escamosas.-- U.S.A.: Schering Corporation, 1975.-- pp 10-22.-- (En la Biblioteca de Medicina).
____ Erupciones Pustulares y Flictenulares.-- U.S.A.: Schering Corporation, 1975.-- pp. 20-28.-- (En la biblioteca de Medicina).
Dermatosis Geriátricas.-- U.S.A.: Schering Corporation, 1979.-- pp. 18-20.-- (En la Biblioteca de Medicina).
- 2.- Beeson, P.B-- Tratado de medicina interna / P.B. Beeson.-- 16ª. ed.-- México : Interamericana 1987.-- 2323p.
- 3.- Bhaskar, S.N.-- Patología Bucal / S.N. Bhaskar. -- Buenos Aires : Editorial El Ateneo, 1971.-- 436p.
- 4.- Bouke-JF, Iqbal-SJ.-- The effects of UVB plus calcipotriol on systemic calcium homeostasis in patients with chronic plaque psoriasis.-- En internet :<http://www.nccbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query?vid=9604449&form=6&db=m&dopt=b>.
- 5.- Burket, W.L.-- Medicina Bucal Diagnostico y Tratamiento / W.L. Burket.--6ª ed.-- México : Editorial Interamericana, 1971.-- 715p.
- 6.- Cordero, F.A.-- Dermatología medica quirurgica / F.A.Cordero.-- 4ª. ed.-- Guatemala : Litografia Impcolor, 1976.-- 626p.



- 7.- Decastro, P... et al. .--Coexistent Systemic Lupus Erythema
tosis and tophaceous gout.-- pp.650-654.-- En Journal
American Academia Derrnatology.-- Vol.13, No4 (oct. 1985).
- 8.- Domonkos, A.N.-- Diseases of the skin; clinical dermatology
6ª ed.-- Philadelphia : saunders, 1971.-- 1336p.
- 9.- Doyle, J.L... et al. .-- Diagnosis and treatment of erosive lichen
planus.-- pp. 18-22.-- En Oral Medicine.-- Vol.40, No1
(march 1985).
- 10.- Durante, Avellanal C.-- Diccionario Odontologico/ C. Durante
Avellanal.-- 2ª ed.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1964.--
pp. 248-500.
- 11.- Eversolo, L.R, M. Ringer.-- The role of dental restorative metals
is the pathogenesis of oral lichen planus.-- pp. 383-387.--
En Oral Surgery.-- Vol.547, No4 (apr 1974).
- 12.- Dermatology in general medicine / T. Fitzpatrick ... et al.--
2ª ed.-- New York : McGraw Hill, 1979.-- 1838p.
- 13.- Gatti, J.C.-- Manual de Dermatologia / J.C. Gatti.-- 3ª. ed.--
Buenos Aires : El Ateneo 1958.-- 451p.
- 14.- Gorlin, R.J.--Oral Pathology / R.J. Gorlin H.M. Goldman.--
6ª ed.-- St. Louis : Mosby, 1970.-- Vol.II pp. 672-762.
- 15.- Glickman, F.S.-- Lepra, psora, psoriasis.--pp. 863-870.-- En
Journal American Academia Dermatology.-- Vo.11 No5
(May 1986).
- 16.- Hernandez, E.-- Clinica Dermatologica / E. Hernandez.-- San
Salvador, UCA 1979.-- 439p.



- 9 MAYO 2000

- 17.- Lever, W.F.-- Histopathology of the Skin / WF Lever.-- 6ª ed.--
Piladelphia : Lippincott, 1983.-- 848p.
- 18.- Lewis, G.M.-- Practical Dermatology / G.M. Lewis.-- 2ª ed.--
Piladelphia : Saunders, 1959.-- 363p.
- 19.- Lozada, F.L, Spitler, S.-- Results of inmunologic testing in
patients with erythema miltiple.-- 567p.-- En Journal
Dental.-- Vol.59, No3 (March 1980).
- 20.- Peyri, J ... et al. -- Cicatricial pemphigoid in a patient with
rheuatoïd arthritis treated with D-Penicillamide.-- pp.
590-681.-- En Journal American Academia Dermatology.--
Vol. 14, No4 (April 1986).
- 21.- Regezi, Joseph A.-- Patologia oral / Joseph A Regezi, J.S.
Sciubbs.-- 2ª ed.-- Barcelona : Interamericana McGraw
Hill, 1995.-- pp. 16-26.
- 22.- Rose, Louis F.-- Medicina Interna en Odontologia / Louis
F. Rose, Donald Kaye; trad. por Javier Gonzalez Lagunas.--
Barcelona : Salvat Editores 1992.-- Tomo II. pp. 959-1048.
- 23.- Tratado de patologia bucal / W.G.Shafer ... et al. --
4ª ed.-- México : Editorial Interamericana 1988.-- 910p.
- 24.- Spuge, J.D.-- Oral Pathology / J.D.Spuge.-- Saint Louis :
Mosby. 1973.-- 847p.-
- 25.- Stewart, W.D.-- Dermatology diagnosis and treatment or cu-
taneous disorders / W.D. Stewart ... et al. -- 4ª ed.--
Saint Louis : Mosby, 1980.-- 591p.

Vo. Bo.



9 MAR 2000

Clairbel

Br. Clairbel Loaiza de León
SUSTENTANTE

Annabella

Dra. Diana Annabella Corzo M.
ASESORA

[Signature]

Dr. Julio Pineda Cordón.
COMISIÓN DE TESIS



RLC-

Dr. Ricardo León Castillo
COMISIÓN DE TESIS

IMPRIMASE:



[Signature]

Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA